

UNIVERSITE DE GENEVE

Département de psychiatrie

FACULTE DE MEDECINE

Professeur: Julian de AJURIAGUERRA

**POUR L'INTRODUCTION
DE LA DESENSIBILISATION SYSTEMATIQUE
DANS LE CADRE DE LA RELAXATION SELON
LA METHODE J. DE AJURIAGUERRA**

Présentée à la Faculté de médecine
de l'Université de Genève
pour obtenir le grade de docteur en médecine

par

Krzysztof FORTINI
de
VARSOVIE (Pologne)

Thèse No. 3534

Genève
Service Rapide Offset

1976
■

UNIVERSITE DE GENEVE

Département de psychiatrie

FACULTE DE MEDECINE

Professeur: Julian de AJURIAGUERRA

**POUR L'INTRODUCTION
DE LA DESENSIBILISATION SYSTEMATIQUE
DANS LE CADRE DE LA RELAXATION SELON
LA METHODE J. DE AJURIAGUERRA**

Présentée à la Faculté de médecine
de l'Université de Genève
pour obtenir le grade de docteur en médecine

par
Krzysztof FORTINI
de
VARSOVIE (Pologne)

Thèse No. 3534

Genève
Service Rapide Offset
1976

La Faculté de médecine, sur le préavis du professeur Julian de Ajuriaguerra, autorise l'impression de la présente thèse, sans prétendre par là émettre d'opinion sur les propositions qui y sont énoncées.

Genève, le 27 septembre 1976

Le doyen:
Prof. *Marcel Jenny*

Thèse No. 3534



A mon Maître, Monsieur le Professeur Julian de Ajuriaguerra, qui n'a cessé de me prodiguer sa bienveillance tout au long de ma formation et qui m'a toujours soutenu de ses précieux conseils.

A Mademoiselle Antoinette Picot, dont l'aide théorique et pratique, la compréhension et l'expérience m'ont beaucoup aidé dans la réalisation de ce travail.

A MA FEMME

A MES PATIENTS

TABLE DES MATIERES

	Pages
I. <u>Introduction</u>	3
II. <u>Partie théorique</u>	
1. Désensibilisation systématique (WOLPE). Description	8
2. Relaxation	12
3. Aspects théoriques	16
III. <u>Partie clinique</u>	
1. Méthodologie	36
2. Présentation de quatre cas	42
3. Conclusion	98
<u>Bibliographie</u>	102



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41545901_0064

I. INTRODUCTION

La méthode de relaxation créée par le Professeur J. de AJURIAGUERRA est une méthode couramment utilisée depuis plusieurs années dans la psychiatrie genevoise hospitalière et extra-hospitalière.

Nous bénéficions, à la Clinique de Bel-Air, d'un séminaire de relaxation animé par une psychanalyste, Mademoiselle Antoinette PICOT, réunissant tous les médecins employés dans ce service qui ont accompli une relaxation personnelle. Nous essayons d'approfondir les aspects pratiques et théoriques de la relaxation par la prise en charge de patients.

Dans le cadre de ce séminaire, nous avons le souci constant de traiter de manière équilibrée trois aspects différents très étroitement reliés entre eux : la formation du thérapeute, le problème institutionnel et la recherche scientifique.

"La relaxation est un moyen de choix pour acquérir une formation de psychothérapeute. Elle est une des rares occasions de voir comment se pratique une psychothérapie. Elle permet d'aller ... au rythme du malade ... et de comprendre, par le vécu, les grandes conduites de toute approche psychothérapeutique, mais avec des mots du corps et ceux de la relation". (A. PICOT et D. de SAUGY).

Nous nous apercevons cependant très rapidement que le problème de la formation est lié à celui de l'institution.

"Cette relation s'inscrit dans un territoire, celui des séminaires bien sûr, mais aussi celui des équipes soignantes et finalement de l'institution elle-même". (A. PICOT).

C'est dans ce contexte que se dégage le troisième aspect examiné au séminaire, celui du cadre dans lequel s'effectue la recherche clinique. La possibilité que nous offre le séminaire

d'analyser les problèmes posés par la prise en charge en relaxation nous place d'emblée dans une position de recherche.

Il m'a paru intéressant de prendre cette orientation en essayant d'approfondir ce que la relaxation pouvait apporter à la prise en charge du patient. Partant de là, je me suis placé sur le plan de la recherche, qui prend un caractère personnel et original, et me suis interrogé sur les possibilités de modifier, d'améliorer et d'activer la relaxation afin de rendre cette méthode thérapeutique encore plus rapide et efficace pour les malades et pour l'institution, mais également pour enrichir ma propre formation.

C'est le hasard qui m'a aidé à préciser la direction de ma recherche. J'ai été amené à suivre en relaxation une malade de 27 ans, hospitalisée auparavant à la clinique pendant 5 mois pour un état psychotique aigu. De personnalité fragile et de caractère immature, inhibée par une angoisse constante et profonde et habitant mal son corps "gros et laid", je l'ai prise en relaxation bien que les indications ne fussent pas tout à fait classiques. Nous avons vécu ensemble des progrès importants pour son évolution. A la fin d'une séance, elle me demande, un jour, de lui accorder un entretien dans mon bureau. Elle me dit :

"Maintenant je peux vivre d'une manière différente et cependant je vois de nouvelles difficultés que je n'avais pas perçues auparavant. J'évite la foule, je n'ose me rendre à la bibliothèque qu'entre 12h. et 14h., quand il n'y a pas beaucoup de monde. Dans ces conditions, je me sens très tendue et j'ai de la peine à respirer. J'essaie de me relaxer, mais cela ne m'aide pas. Cette angoisse m'incite à vous demander si vous connaissez Mlle Y.; elle avait des phobies et a dû suivre un traitement de déconditionnement. Je ne sais pas au juste si j'ai des "phobies", mais je voulais vous le communiquer pour que vous m'aidiez aussi dans ce sens".

Je lui ai promis de revenir sur ce problème lors de la prochaine séance. Elle n'a finalement pas été traitée par le dé-

conditionnement et a pu résoudre ce problème particulier ainsi que d'autres problèmes relationnels par la relaxation.

Mais la question qu'elle a soulevée m'a beaucoup fait réfléchir. En émettant l'hypothèse que cette patiente ait besoin d'un traitement de déconditionnement, plusieurs problèmes se posent à moi et trois possibilités peuvent être envisagées :

- l'envoyer chez un spécialiste du déconditionnement, ce qui signifie interrompre le traitement de relaxation, solution qui me paraît, en ce moment, ni souhaitée ni souhaitable pour le patient et le thérapeute;
 - faire alterner le déconditionnement et la relaxation. Ce système me paraît difficilement réalisable, du fait surtout de l'alternance continuelle de deux manières différentes d'aborder le patient. Notre bonne relation thérapeutique pourrait de ce fait être compromise;
 - combiner l'utilisation du déconditionnement avec celle de la relaxation, procédé encore jamais employé jusqu'à présent.
- Cette dernière possibilité m'a amené à soulever différentes questions qui ont fait l'objet de ma recherche et qui m'ont permis à la fois de mieux définir et d'élargir le champ de mon investigation.

1) Est-il possible d'introduire la méthode du déconditionnement dans le cadre de la relaxation ?

2) La relaxation peut-elle servir de cadre, voire de support nécessaire, pour introduire un traitement techniquement très différent ?

3) Existe-t-il des critères scientifiquement démontrés qui permettent de rejeter cette méthode comme non valable ?

4) Quelles sont sur le plan pratique, les difficultés et obstacles éventuels susceptibles d'empêcher l'utilisation d'un traitement combiné de ce type ou de le rendre inefficace ?

Je me propose de répondre à ces questions en compulsant la littérature actuelle et en vérifiant ensuite ces notions déjà connues dans leur nouvelle application pratique.

Mon travail est composé de deux parties. Dans la première partie (théorique), j'introduis brièvement les notions de déconditionnement par la désensibilisation systématique et rappelle les principaux aspects de la psychothérapie de relaxation; je présente ensuite une synthèse des différentes données relevées dans la littérature afin d'établir une méthodologie du traitement combiné.

Dans la seconde partie (pratique) de ce travail, je présente 4 cas que j'ai suivis personnellement en utilisant la méthode de désensibilisation systématique dans le cadre du traitement de relaxation. Je tente ensuite de répondre à la question suivante : l'introduction du déconditionnement dans le cadre de la relaxation est-elle possible ? Dans l'affirmative, est-elle souhaitable ? Je relève finalement les points essentiels qui se dégagent de chacun de ses cas afin d'établir une synthèse de cette recherche clinique.

II. P A R T I E T H E O R I Q U E

1. DESENSIBILISATION SYSTEMATIQUE (WOLPE)

DESCRIPTION

Les thérapies comportementales, méthodes de traitement de plus en plus souvent utilisées dans la pratique psychiatrique, ont été développées par deux principales écoles, celle de SKINNER, centrée sur l'utilisation du conditionnement opérant, et celle de PAVLOV, avec son conditionnement classique. Selon ROGNANT, on peut schématiquement regrouper les techniques thérapeutiques en quatre grands chapitres, techniques se rapportant aux principes théoriques qui les ont inspirées :

1. - thérapeutique par inhibition réciproque;
2. - thérapeutique par inhibition conditionnée et pratique négative;
3. - thérapeutique par aversion et conditionnement d'évitement;
4. - thérapeutique par conditionnement positif.

La désensibilisation systématique, élaborée et publiée par WOLPE en 1958, est l'application la plus spectaculaire et la plus efficace du principe de l'inhibition réciproque.

Les expériences de WOLPE sur les névroses expérimentales soulignent l'antagonisme réciproque entre les réponses d'anxiété et les réponses d'alimentation. Les premières peuvent être inhibées par les secondes.

"Aussi longtemps que dans une situation donnée, l'anxiété est assez forte pour empêcher l'alimentation, l'anxiété continue à être dominante ... Mais si les conditions sont suffisamment modifiées pour que la tendance à se nourrir soit relativement forte et que l'alimentation puisse se faire malgré un certain degré d'anxiété, le pouvoir anxiogène de stimuli diminue progressivement" (WOLPE, 1954).

A partir de cette constatation, WOLPE dégage le principe de l'inhibition réciproque :

"Si, en présence des stimuli responsables de l'anxiété, on

installe une réponse antagoniste de celle-ci, capable de la supprimer totalement ou partiellement, les liens qui unissent stimuli et anxiété doivent s'affaiblir".

En insistant sur l'importance de "l'anxiété qui est habituellement le constituant central du comportement névrotique, car il est présenté invariablement dans les situations causales", WOLPE va porter l'effort sur la mise au point de techniques utilisables en clinique humaine. Son effort vise d'une part la découverte de réponses antagonistes de l'anxiété, et d'autre part à inventer des situations thérapeutiques qui mettront le malade en présence de stimuli anxiogènes. Les réponses antagonistes de l'anxiété peuvent être : sexuelles, assertives, alimentaires, respiratoires ou de relaxation musculaire. Parmi ces réponses antagonistes de l'anxiété, WOLPE avait choisi la relaxation différentielle de JACOBSON. Sur le plan pratique, dès le début de la relation avec le malade, il s'agit d'établir une "hiérarchie d'anxiété". La désensibilisation proprement dite ne commence que si une hiérarchie et une réponse de relaxation sont réellement mises en place.

La hiérarchie d'anxiété

Le travail du thérapeute consiste à relever dans la symptomatologie névrotique les grands thèmes autour desquels s'organisent les réponses inadaptées.

WOLPE s'est aussi servi du questionnaire de WILLOUGHBY (1963) qu'il fait remplir lui-même au sujet. Ce questionnaire a le double avantage d'inventorier les principaux secteurs dans lesquels s'expriment le plus souvent les symptômes névrotiques et d'exprimer quantitativement le degré de "névroticisme" du malade. Il existe de nombreux questionnaires dont les objectifs sont assez voisins de celui de WILLOUGHBY.

Le thérapeute range les stimuli en catégories centrées par exemple sur le thème de la mort, de la maladie, de la violence, de la solitude, de l'abandon, etc. Pour chaque catégorie, les stimuli sont rangés par ordre de pouvoir anxiogène décroissant, sur les indications du malade lui-même.

La réponse antagoniste de l'anxiété

Il s'agit de donner au malade la possibilité d'acquérir dans les meilleurs délais des réponses antagonistes, incompatibles avec l'anxiété.

WOLPE consacre 5 à 7 séances en partie à l'élaboration des hiérarchies d'anxiété, en partie à l'apprentissage de relaxation. Les progrès en relaxation varient d'un malade à l'autre. WOLPE se sert aussi de l'hypnose pour amener une meilleure relaxation. Je reviendrai plus loin sur le problème de la réponse antagoniste de l'anxiété, point faible de la technique de désensibilisation de WOLPE.

La désensibilisation proprement dite

GARFIELD (1967) et RITTER (1908) ont montré que la désensibilisation "in vivo" donnait des résultats supérieurs à ceux obtenus par la simple représentation imaginaire. Mais il est souvent difficile, sinon impossible, de mettre le malade face à face avec le stimulus réel qui déclenche son angoisse.

Dans la pratique, l'évocation de chaque stimulus, d'abord brève, puis plus longue, a lieu plusieurs fois de suite (dizaine) dans la même séance. Entre chaque présentation de stimulus, le malade se concentre sur les consignes de la détente. Les stimuli sont présentés du bas de la hiérarchie vers le haut. Les stimuli situés en haut de l'échelle hiérarchique sont évoqués à condition que les premiers aient été bien supportés. Si le malade ressent une anxiété importante, il lève la main, ce qui entraîne l'arrêt de la présentation du stimulus anxiogène.

Les variantes de la désensibilisation systématique

La méthode de WOLPE a donné lieu à de nombreux essais cliniques. Voici quelques méthodes qui apportent des améliorations techniques et qui sont susceptibles d'être utilisées de

façon pratique par le clinicien :

- a) désensibilisation systématique utilisant la relaxation de SCHULTZ;
- b) désensibilisation utilisant la relaxation induite par les barbituriques;
- c) désensibilisation systématique utilisant la relaxation en technique de groupe;
- d) désensibilisation systématique utilisant la méthode du "hèros favori" chez l'enfant;
- e) désensibilisation systématique utilisant l'auto-désensibilisation enregistrée;
- f) désensibilisation systématique utilisant une technique combinée de déconditionnement par premier et second système de signalisation;
- g) désensibilisation de WILSON et SMITH utilisant la méthode du déconditionnement avec la relaxation et la méthode de "libre association".

2. RELAXATION

Les thérapies de relaxation, de plus en plus fréquemment utilisées dans la clinique actuelle, sont issues pour la plupart de trois courants principaux.

1° La majorité des techniques dérive de celle décrite par SCHULTZ. Elle envisage le processus de relaxation dans son aspect global, en mettant l'accent sur le facteur concentratif et mental et sur la déconnection importante du monde extérieur (aspect suggestif).

2° Le second courant considère l'aspect neurophysiologique de la relaxation. Il a pour but une diminution du tonus musculaire et une diminution progressive de la tension psychique. Il est représenté par la méthode de JACOBSON. D'autres techniques combinent la méthode de JACOBSON et celle de SCHULTZ.

3° La technique de J. de AJURIAGUERRA est une relaxation proprement thérapeutique, car elle se propose de ne pas limiter le corps à l'obtention d'une détente musculaire et neurovégétative, ni non plus à la sédation de la symptomatologie.

Je vais m'arrêter à quelques aspects de cette méthode qui vont me servir de base dans la partie suivante de mon travail.

La relaxation de J. de AJURIAGUERRA s'appuie sur l'évidence de la dialectique tonico-affective qui "préside à toutes les attitudes d'un sujet adulte". Elle conçoit l'évolution d'un enfant comme "une suite d'intégrations tonico-émotionnelles et cognitives en des formes de plus en plus élaborées". La méthode accepte les étapes essentielles de la technique de SCHULTZ : chaleur, rythme cardiaque, rythme respiratoire, etc., mais elle ne leur attribue pas l'importance accordée chez SCHULTZ; elle nous permet plutôt d'utiliser ses modalités à titre de consignes à donner au malade. Elle se propose de rechercher, ou de découvrir, un certain vécu corporel oublié, négligé, perturbé ou non senti.

Il s'agit d'une notion très importante, car elle offre la possibilité d'engager une relation psychothérapique, en mettant de côté l'aspect rééducatif des exercices corporels au profit de leur vécu et leur signifiant. Une deuxième notion est celle du tonus musculaire. SCHULTZ réserve dans son training une place privilégiée à la maîtrise de la musculature striée.

J. de AJURIAGUERRA, au contraire, met l'accent sur la relation entre l'organisation tonique de la personne et la formation de sa personnalité : il dit que "le fond tonique et les réactions toniques ont une histoire, tout comme la formation de la personnalité à laquelle ils correspondent". Le corps est compris comme l'expression de soi, de son vécu personnel, de son passé et par là des modes de défense propres, le conflit et ses résistances.

J. de AJURIAGUERRA donne une valeur thérapeutique essentielle à l'utilisation des difficultés que le malade rencontre dans la relaxation, difficultés qui font partie à la fois de la maladie en soi et de la personnalité du patient. Notre attitude de thérapeute consiste à mettre en lumière ces difficultés et à les intégrer dans le corps du malade ou à les lier au vécu corporel. Cela nous permet de réanimer le vécu psychique par le corps du malade et de trouver, par conséquent, une dimension relationnelle toute particulière, connue qu'en relaxation. La régression en est aussi un élément essentiel. Nous pouvons d'ailleurs le retrouver dans toutes ces techniques. Dans la méthode de SCHULTZ, les consignes répétitives correspondent à des ordres de portée immédiate avec un projet éducatif - acquérir la maîtrise de soi-même. Cela permet au malade de régresser face à une attitude parentale ou plutôt par l'intériorisation d'une image parentale à la fois bonne parce que permissive, et sadique parce que contraignante. La méthode de J. de AJURIAGUERRA reprend certains éléments de la cure analytique :

- le projet de se détendre, de se laisser aller, de penser à son corps est régressif en soi;

- la position allongée, le silence, la voix du thérapeute sont les éléments essentiels favorisant le projet et la réalisation de la régression.

La régression reproduit des stades antérieurs de développement et permet de revivre le passé à travers les consignes. Cette reproduction d'états et de sensations passés est liée, d'une part, aux désirs et envies souvent oubliés et insatisfaits, et accompagnée, d'autre part, d'un sentiment de manque qui peut ou non combler la parole et la présence de l'autre.

Mais la régression vécue dans la relaxation est différente de celle qui s'opère en cure psychanalytique. "La cure-type psychanalytique laisse élaborer le désir et construire la résistance pour l'analyser ensuite. Ici (en relaxation), au contraire, le désir est offert et proposé, suscitant une réponse" (SAPIR). Le désir de trouver ou de retrouver un idéal du Moi corporel est un désir profondément narcissique. C'est le désir de réinvestir le corps et de désinvestir la réalité conflictuelle.

La relaxation, dans ce contexte, peut être considérée comme une sorte de somatisation, sorte d'actualisation dramatique dans le corps du malade, d'un autre corps, inactuel, d'un corps du désir. Ces types de fantasmatisation correspondent à "la recherche d'aspects hallucinatoires liés aux premières expériences de l'enfance".

On pourrait donc penser que la relaxation, en approchant les conflits par le corps ou en les amenant à travers le corps, vise une différenciation maturante de la pensée sur l'agi et vise l'unité du corps.

J. de AJURIAGUERRA insiste sur la spécificité de la relaxation :

"Le psychothérapeute retient tous les riches apports de la vie conflictuelle libérés par la régression, mais n'intervient qu'avec circonspection, s'en tenant au vécu corporel dans la vie interrelationnelle, quitte à les utiliser ultérieurement, lorsque souvent le sujet sent le besoin de s'en-

gager dans une véritable psychothérapie à base psychanalytique".

Il dit dans le même article (Introduction à "La Relaxation", LEMAIRE) :

"La relaxation verbale psychothérapique porte surtout sur les vécus toniques, sur les modifications corporelles".

En résumé, la méthode de J. de Ajuriaguerra se définit de la manière suivante :

- elle n'est ni inductive, ni recouvrante;
- elle évite la suggestion;
- elle amène le malade à élaborer et à verbaliser ses résistances dans le cadre de la relaxation;
- elle utilise le dialogue tonique qui s'instaure entre le thérapeute et le malade;
- l'expérience relationnelle, médiatisée par le vécu corporel et la modification tonique, est verbalisée dans la relation; le thérapeute est un témoin du vécu corporel, bienveillant, rassurant, allié du moi du malade, assouplissant son surmoi et lui permettant de trouver du plaisir dans son corps.

3. ASPECTS THEORIQUES

Depuis quelques années, on observe en psychiatrie une très forte extension des thérapies utilisant le corps, le corps du malade en particulier. Ce corps, en tant que médiateur dans la relation et source d'éclaircissement dans l'établissement du diagnostic, ouvre la voie à de nouvelles formes thérapeutiques.

L'introduction de certaines notions de déconditionnement dans le cadre de la relaxation (méthode du Professeur J. de AJURIAGUERRA) est un problème très complexe dont on peut étudier différents aspects. Dans mon travail, je me propose d'examiner et de développer trois questions précises qui sont les suivantes :

1. Existe-t-il une relation entre le mécanisme psychologique d'un trouble mental, par exemple la phobie, et une action spécifique de traitement par la désensibilisation systématique ?

2. La relaxation musculaire est-elle indispensable dans le processus de désensibilisation systématique ?

3. La relaxation (méthode du Prof. J. de Ajuriaguerra) permettrait-elle d'assumer les deux rôles apparemment différents, voire opposés, à savoir :

- la prise en charge d'un malade dans une relation psychothérapique;
- l'introduction, dans ce même cadre, de notions de déconditionnement, sans qu'apparaissent trop de difficultés pour le thérapeute, pour le malade et dans le processus thérapeutique ?

Question 1

Existe-t-il une relation entre le mécanisme psychologique d'un trouble mental, par exemple la phobie, et une action spécifique de traitement par la désensibilisation systématique ?

- A. Comment se présente l'analyse des conduites pathologiques de la névrose phobique en terme behavioriste ?

Le symptôme phobique, en terme behavioriste, est expliqué par la conduite d'évitement des stimulus anxiogènes. Cet évitement réduit la tension anxieuse et produit une sorte de soulagement qui permet, en fait, le renforcement de la conduite d'évitement. Mais à partir de ce moment, une nouvelle conduite s'installe. Ainsi le malade ne réagit pas normalement au stimulus anxiogène, mais il prend l'habitude de le fuir. La rémission spontanée devient impossible.

Le comportement d'évitement correspond encore aux modalités phobiques, alors que le comportement d'échappement ou de fuite répond déjà aux rituels de la conduite obsessionnelle. Tout se passe comme si en fuyant la réalité angoissante, le malade entrait dans une symptomatologie névrotique. Parce qu'il fuit le stimulus anxiogène, le malade perd l'occasion de bénéficier du processus d'extension, processus qui s'effectuerait si le malade pouvait rencontrer à plusieurs reprises le même stimulus anxiogène sans que ce dernier soit renforcé.

Dans l'optique behavioriste (MOWRER, 1960), on peut considérer que les comportements d'évitement sont fondés sur un double processus :

- l'installation de façon classique de la peur conditionnelle à un stimulus antérieurement neutre;
- puis, l'instauration de la réaction motrice d'évitement, conformément au principe du conditionnement opérant, renforcée par la cessation de la peur.

La peur apparaît comme une réaction émotive intermédiaire, agissant par les stimulations rétroactives auxquelles elle donne naissance pour créer un état de motivation réduisant ensuite la réaction instrumentale.

Un certain nombre de faits permettent de penser que la situation d'évitement est en réalité encore plus complexe, surtout au niveau de la réaction motrice. Celle-ci, par "l'intermédiaire des afférences kinesthésiques rétroactives auxquelles elle donne lieu, protège en quelque sorte le stimulus contre l'extinction". Un véritable système cybernétique se constitue : la relation entre la peur et la réaction instrumentale n'est plus linéaire mais circulaire; la peur rend possible la réaction motrice qui, à son tour, entretient la peur.

Dans la pratique, cette interdépendance est encore plus compliquée. La théorie des inhibitions conditionnelles nous l'explique. Si le stimulus 1 (S_1) est renforcé et que la stimulation $S_1 + S_2$ est présentée sans renforcement, cette intervention ne produira pas l'extinction de S_1 mais l'inhibition conditionnelle de S_2 .

Dans la situation d'évitement, l'inhibiteur conditionnel est provoqué par le malade lui-même. Le non-renforcement résulte de la réaction instrumentale, et le stimulus conditionnel ne modifie pas sa signification. La présence du stimulus anxiogène n'est pas importante pour le maintien de la peur.

B. Quels sont les éléments spécifiques de traitement par la désensibilisation systématique ?

Les behavioristes insistent sur les éléments suivants : la hiérarchie des stimuli anxiogènes et la suppression des conduites d'évitement.

1. Hiérarchie des stimuli anxiogènes

Elle consiste en une liste de stimuli auxquels le malade réagit par des degrés différents d'anxiété. D'un point de vue

classique (WOLPE), il s'agit d'un travail capital qui sert de base, de préparation, afin d'orienter le traitement de déconditionnement.

D'après des travaux récents, plusieurs principes utilisés pour établir une hiérarchie des stimuli sont remis en question. Van EGEREN et al. (1970) ont remarqué que chez les phobiques traités par désensibilisation systématique, l'utilisation de stimuli faibles au début du traitement, suivie d'une progression lente et systématique dans la hiérarchie des stimuli, n'a pas une importance significative. RUBIN (1972) confirme cette expérience. Il utilise une technique d'inhibition réciproque avec une réponse contre l'anxiété induite par suggestion directe. Dans sa technique, les stimuli ne sont pas présentés dans un ordre hiérarchique. En 1969 déjà, COHEN signale qu'il n'y a pas de différences dans les résultats obtenus dans les deux groupes de traitement : avec et sans hiérarchie progressive. L'intérêt que présente l'utilisation de la désensibilisation non systématique a été montré dans les travaux de CANTELA (1966). MacDONOUGH et ADAMS (1973) attirent l'attention sur l'importance du choix du stimulus anxiogène en fonction de la situation thérapeutique. Selon ces auteurs, l'emploi d'associations libres semble offrir des avantages non négligeables dans le traitement de désensibilisation, surtout lorsque l'anxiété est diffuse et que les sources de l'anxiété sont difficiles à isoler et à "hiérarchiser". WILSON et SMITH ont traité deux patients souffrant de névrose grave par la désensibilisation combinée à la relaxation musculaire et à la technique des associations libres, et trouvent que "le taux d'amélioration est au moins aussi élevé que celui obtenu dans le déconditionnement avec hiérarchie".

A la lumière des expériences mentionnées ci-dessus, nous pouvons estimer et conclure que la hiérarchie des stimuli ne représente pas un élément significatif de la technique de désensibilisation de WOLPE.

2. Suppression des conduites d'évitement

La suppression des conduites d'évitement (modification perceptive avec diminution progressive de l'anxiété) constitue un élément essentiel de la désensibilisation. Il est certain aussi que ce phénomène ne s'observe pas uniquement dans le traitement behavioriste, mais aussi dans la plupart des thérapies d'inspiration psychanalytique.

La suppression des conduites d'évitement favorise l'intervention d'autres facteurs thérapeutiques tels que l'extinction, le contre-conditionnement et l'habituation.

Extinction. - En 1953 déjà, SOLOMON avait montré que l'on pouvait réduire le comportement d'échappement en forçant des chiens à affronter la situation redoutée. Il estimait que l'expérience forcée de la réalité redoutée amenait une extinction des symptômes.

WOLPIN (1966) et KASS (1974) poursuivent le même type d'explication en précisant (KASS) que la relaxation musculaire facilite le processus d'extinction en permettant aux malades de rester "calmement exposés aux stimuli redoutés".

ROGNANT (1970) se pose la question suivante : "l'inhibition réciproque n'est-elle pas quelque chose de plus que l'extinction ?"

Contre-conditionnement. - WOLPE et d'autres auteurs (SUE, 1972; PAUL, 1969) expliquent la suppression des conduites d'évitement par une théorie de contre-conditionnement. Ils estiment que les changements intervenant dans le comportement des malades troublés par la désensibilisation sont le résultat de la relaxation musculaire et se manifestent par des réponses à des stimuli qui déclenchent habituellement des réponses de peur.

KASS et GLINER (1974) sont plus nuancés : chez les malades qui souffrent d'un comportement d'évitement peu prononcé, une amélioration s'effectue lorsqu'ils affrontent "in vivo" les stimuli redoutés de manière à ce que le mécanisme d'extinction puisse se produire. Chez les malades qui manifestent un compor-

tement d'évitement plus fort, la relaxation joue un rôle très important. La relaxation musculaire permet d'atténuer la peur. Le contre-conditionnement intervient sur "un terrain relaxé".

Habituation. - La théorie d'habituation rend bien compte des résultats cliniques.

LADER et WING (1961) considèrent la suppression des conduites d'évitement comme une forme d'habituation aux stimuli de peur; ces derniers sont mis en oeuvre pendant que le malade se trouve dans un état particulier, favorisant l'habituation.

D'après RACHMAN (1968), "l'explication de LADER et WING postule que l'habituation procède plus rapidement quand le niveau d'activité du patient est abaissé".

MARKS et coll. (1968) relèvent les facteurs importants dans la désensibilisation : le contre-conditionnement, l'habituation, la relaxation musculaire et la suggestion. L'importance relative de chaque composante varie, selon eux, en fonction des différents niveaux d'anxiété générale du malade.

Immunisation à l'anxiété. - L'exposition prolongée à des situations fortement anxiogènes semble immuniser l'organisme contre l'anxiété provoquée par de nombreux stimuli (WATSON et MARKS, 1971; TRUDEL et LEROUX, 1973).

SUINN et RICHARDSON utilisent et décrivent le principe de l'immunisation dans "Anxiety Management Training" (Entraînement à l'anxiété), principe consistant à entraîner les patients à réagir à l'anxiété par la relaxation (méthode de SCHULTZ) sans l'aide d'une hiérarchie d'anxiétés. Les patients sont mis en présence de stimuli effrayants qui ne sont pas en rapport avec leurs phobies mais qui sont très anxiogènes pour la plupart des malades phobiques.

MEYER et LIDDELL (1973) estiment que cet entraînement au contrôle de soi semble pouvoir se généraliser aux situations phobiques et aux autres situations génératrices d'anxiété.

Mémoire. - Le modèle immunologique nécessite une participation de la mémoire.

PIAGET et LAZARUS (1969) pensent que "l'intégration d'un comportement répétitif qui s'adresse à la mémoire du malade dans le schéma de désensibilisation peut aboutir à une procédure d'une puissance thérapeutique".

D'après GALIBERT, "le deuxième système de signalisation intervient très probablement dans la formation des réflexes conditionnés en donnant la possibilité de se remémorer ou d'imaginer, sans aucun stimulus extérieur, l'événement traumatisant".

Quelle est donc l'importance respective attachée à la relaxation musculaire et au processus de déconditionnement dans le cadre de la désensibilisation systématique proposée par WOLPE ?

Toutes les études sont à peu près d'accord sur ce point, à savoir que, privée de la relaxation musculaire, cette méthode perd la quasi-totalité de son efficacité (WOLPE, 1962; RACHMANN, 1965; DAVIDSON, 1968; WILSON, 1968; etc.).

Question 2

La relaxation musculaire est-elle indispensable dans le processus de désensibilisation systématique ?

Relaxation musculaire

La régression est un élément essentiel de la relaxation. Elle correspond, sur le plan neurophysiologique, à un état de conscience particulier, spécifique qui permet le contrôle des fonctions autonomes, mais qui est distinct du continuum veille-sommeil. Un nombre impressionnant d'études a été consacré aux différents paramètres physiologiques du problème. Je n'en citerai que les plus importants.

A. Données relatives aux activités centrales

Les différents paramètres physiologiques comprennent entre autres les données suivantes :

- électro-encéphalogramme avec analyse de fréquence (BERGER, GEISSMANN, A. et C. JUS, LUTHE, ISRAEL, ROHMER);
- potentiels évoqués par stimulation sonore ou somesthésique (DONGIER, DEGOSSELY);
- variations lentes de potentiel cortical (GREY-WALTER, KORNHUBER et DEECKE).

Ces données tendent à montrer l'existence d'un état de conscience particulier qui semble refléter un état de concentration passive.

Trois hypothèses ont été émises pour expliquer la nature de cet état et ses relations possibles avec les différentes phases du sommeil.

- 1) GEISSMANN, A. et C. JUS et LUTHE considèrent que l'état de relaxation se situe sur le continuum veille-sommeil, entre le pré-endormissement et l'endormissement.

Argument : les signes EEG observés au début du traitement de relaxation apparaissent comme similaires aux signes observés durant l'endormissement habituel.

- 2) Dans la seconde hypothèse (LUTHE), l'état de relaxation est considéré comme un état psychophysiologique qui ne fait pas partie du continuum veille-sommeil, mais qui peut être parfois assimilé à ce dernier.

Argument : il existe des différences EEG entre les tracés des patients entraînés et ceux des patients peu entraînés à la relaxation. Au début (période de l'apprentissage), l'EEG est comparable à l'EEG du stade de pré-endormissement. Chez les patients entraînés, l'EEG ressemble davantage au tracé de l'état de veille.

- 3) Selon la troisième hypothèse, le développement de l'état de relaxation prend une dimension spécifique. DONGIER et DEGOSSELY montrent que les patients bien entraînés peuvent passer directement de l'état de veille à l'état de relaxation sans

passer par le stade de pré-endormissement. Ces auteurs font état d'une "activation particulière de la vigilance".

B. Données relatives aux activités périphériques

Les modifications produites au niveau périphérique ont été étudiées dans de nombreux travaux en analysant :

les activités électromyographiques, les réactions électrodermales, l'électrocardiogramme, le pneumogramme, la thermométrie, la pléthysmographie et la téléthermographie.

Ont été également recherchées par de nombreux travaux les modifications produites au niveau viscéral (stomacal, colique, etc.) ou biologique au sens général du terme.

Il est intéressant d'essayer de dégager de cette multitude d'informations un aperçu du concept neurophysiologique de l'état de relaxation.

La relaxation implique un relâchement du tonus musculaire. Le tonus musculaire est considéré comme une légère tension des muscles striés au repos physiologique. Une tension, avec sa consistance caractéristique, est entretenue en permanence par des influx nerveux provenant de structures dispersées à différents niveaux : spinal, sous-cortical et cortical.

Les informations recueillies par les récepteurs sont projetées sur les aires corticales et cérébelleuses, permettant ainsi une modulation fine de la régulation au niveau sous-cortical et cortical.

Au niveau sous-cortical, la substance réticulée mésodiencephalique et le noyau vestibulaire augmentent le tonus de la musculature axiale et proximale.

La substance réticulée bulbo-pontique reçoit ses afférences des aires cérébelleuses par l'intermédiaire du noyau fastigial et du noyau rouge; le globus pallidus et le putamen réduisent le tonus musculaire.

Le réflexe myotatique lui-même est considéré comme très faible. C'est le contrôle par les centres supérieurs qui joue un rôle important.

De plus, la voie pyramidale qui descend du néocortex peut exercer des inhibitions post-synaptiques et pré-synaptiques et opérer un blocage de la transmission des afférences qui se projettent au niveau du cervelet.

HUGON (1974) estime que la régulation du tonus musculaire se fait suivant un mode de fonctionnement cybernétique :

"Il s'agit d'une combinaison de régulations qui intensifient le muscle, le fléchisseur au regard de l'extenseur, de régulations qui mettent en jeu l'équilibration générale et de régulations extéroceptives dont certaines sont automatiques et d'autres peuvent être délibérées".

Toutes les informations qui remontent du muscle aboutissent soit au circuit court (centre spinal), soit au circuit long (cervelet, thalamus, cortex).

Par la voie extrapyramidale ou pyramidale, le centre des motoneurones spinaux est soumis à un contrôle extéroceptif (vision, audition) ou proprioceptif (vestibulaire).

Il existe des dispositifs capables de modifier l'activité centrale de commande en fonction du résultat de l'action. Ce guidage général extéroceptif fonctionne en circuit fermé.

Au niveau périphérique, les ordres sont assistés par un "bouclage local". L'ajustement est réalisé au niveau des fuseaux par une commande de sensibilité et les voies de commande (issues des centres supra-médullaires) atteignent à la fois les motoneurones et les détecteurs.

En résumé, l'état de relaxation est considéré, du point de vue neurophysiologique, comme un comportement qui s'intègre dans un ensemble.

Cet état :

- permet de mettre en veilleuse l'activité sensori-motrice normale dans un état normal de vigilance;

- met le système neuro-endocrinien "au repos" par réduction de l'activité hypothalamo-hypophysaire;
- provoque un certain rétrécissement du champ de la perception résultant de l'immobilisation et de la désafférentation multisensorielle avec "une modification de la conscience (perception) qui est généralement plus interne (LUTHE);
- fonctionne comme "une modification induite des interrelations cortico-diencéphaliques qui permettent aux forces physiologiques de récupérer leurs capacités de normalisation autorégulatrice limitées par ailleurs" (LUTHE).

Question 3

La relaxation (méthode du Prof. J. de Ajuriaguerra) permettrait-elle d'assumer les deux pôles apparemment différents, voire opposés, à savoir :

- la prise en charge d'un malade dans une relation psychothérapique;
- l'introduction, dans ce même cadre, de notions de déconditionnement, sans qu'apparaissent trop de difficultés pour le thérapeute, pour le malade et dans le processus thérapeutique ?

A. L'importance de la relation thérapeutique

La méthode de désensibilisation systématique décrite par WOLPE associe deux processus dans le cadre du même traitement : celui du déconditionnement et celui de la relaxation musculaire, qui ont, cela va de soi, leur action et leur efficacité propres. Nombreux sont les auteurs qui, pour une raison ou une autre, ont tenté d'obtenir l'effet "myorelaxant" de la relaxation au moyen d'une autre technique.

a) Les barbituriques

On comprend aisément pourquoi l'on a cherché dans les barbituriques un moyen rapide et efficace d'induire la relaxation musculaire. La thiopentane et la mithohexitone ont toutes deux été utilisées à cet effet, mais on a rapidement donné la préférence au second produit en raison de la sécurité de son emploi et de son élimination rapide par l'organisme, la relaxation musculaire profonde étant le seul effet recherché (FRIEDMAN, BRADY et REED). L'utilisation de cette méthode présentait, selon ces auteurs, de nombreux avantages, mais aussi bien des inconvénients.

SERGEANT et YORKSTON, ainsi que DAVISON et VALINS, ont essayé de montrer le rôle particulier que pouvait jouer le médicament dans le processus de désensibilisation. Selon l'appréciation la plus objective possible de plusieurs experts, le résultat final est très net : "aucun malade ne s'est amélioré de façon satisfaisante". REED (1966) a trouvé les inconvénients suffisamment importants pour abandonner cette technique.

b) La relaxation par la technique de groupe

LAZARIUS fut le premier à utiliser la méthode de désensibilisation systématique de WOLPE avec des groupes de malades phobiques, dans le but de réaliser une économie de temps et de mettre les ressources de la dynamique de groupe au service du déconditionnement.

Cet auteur sélectionne un certain nombre de malades phobiques qu'il regroupe selon leur symptomatologie. Chacun de ces sous-groupes suit l'apprentissage de la relaxation (JACOBSON), puis le traitement par la désensibilisation selon une hiérarchie collective. Deux scènes de la "hiérarchie-type" sont présentées et répétées à chaque séance jusqu'à la disparition de la réaction émotionnelle de tous les patients. Cette expérience fut convaincante pour EMERY et KRUMBOLTZ ainsi que pour PAUL et SHANNON, qui ont étudié de manière très approfondie l'approche psychodynamique de la relaxation de groupe. L'économie de temps

pour les thérapeutes ainsi que l'interaction et l'interrelation à l'intérieur du groupe semblent constituer le véritable intérêt des techniques de déconditionnement de groupe.

A l'aide des deux techniques brièvement énoncées ci-dessus, on a tenté de remplacer ou de renforcer l'effet "myorelaxant" de la relaxation musculaire. La relaxation musculaire correspond à la réponse antagoniste de l'anxiété dans la méthode de WOLPE. De nombreux travaux présentant une relaxation de tendance "plus complète" ou "plus économique" montrent que l'utilisation de la relaxation purement musculaire n'est pas un moyen suffisamment efficace et complet pour permettre d'utiliser la désensibilisation systématique. Mais s'agit-il d'un moyen indispensable ?

LANG et REYNOLDS ont traité deux groupes de phobiques monosymptomatiques à l'aide des techniques suivantes :

- 1) désensibilisation systématique avec relaxation;
- 2) relaxation exclusivement.

RACHMANN et DAVISON ont effectué une expérience analogue en utilisant exclusivement le traitement par la désensibilisation pour le deuxième groupe. Ces auteurs affirment que les résultats obtenus par la méthode complète ont toujours été nettement plus probants.

Nous constatons donc et pouvons affirmer que la relaxation musculaire est indispensable dans l'application de la désensibilisation systématique; mais nous sommes également certains, par ailleurs, que cette méthode n'est pas suffisamment efficace et complète. Il est difficile, en effet, d'appréhender les problèmes et motivations du malade, plus particulièrement ceux qui se rapportent à la relation malade-thérapeute, hors d'une relation psychothérapeutique.

On a rapproché à plusieurs reprises les mécanismes de la désensibilisation de l'hypnose et de la suggestibilité. Rappelons brièvement les manifestations et explications de l'état de relaxation profonde, Cet état, dans lequel le niveau de vigilance est nullement perturbé, n'a aucun rapport avec l'état hypnotique. La plupart des études effectuées sur les

problèmes de l'hypnose et de la suggestibilité dans la désensibilisation systématique montrent également que les phénomènes enregistrés au cours du traitement ne peuvent être ramenés à de simples effets de suggestion sous hypnose.(WOLPE, ALEXANDER, CAUTELA, CAYNE, LANG, REYNDAS). Selon ces auteurs, particulièrement GELDER (1968), le problème fondamental n'est pas de savoir si la désensibilisation agit de manière spécifique ou par suggestion, mais plutôt que le traitement par la désensibilisation comporte plusieurs composantes dont l'importance relative varie selon les cas et en fonction de facteurs tels que le degré d'anxiété et la motivation du malade, son désir de guérir.

Le traitement de désensibilisation systématique implique sans aucun doute une relation malade-thérapeute. Certains auteurs, soucieux d'éliminer les aspects relationnels du traitement par la désensibilisation, utilisent la méthode de l'auto-désensibilisation enregistrée (WOLPE et MIGLER, 1967). L'originalité de cette méthode tient au fait qu'elle permet au malade de faire lui-même les séances de désensibilisation à domicile, à l'aide d'un magnétophone par lequel il entend sa propre voix. Ces expériences tendent à prouver que le rôle de la relation interpersonnelle peut être restreint sans en altérer les résultats. Les malades qui suivent cette méthode n'établissent un contact direct avec le thérapeute qu'au premier entretien au cours duquel il reçoit les instructions et prépare la hiérarchie des stimuli anxiogènes. Par la suite, les contacts se limitent à un coup de téléphone par semaine (!).

Contrairement à leur intention de prouver, initialement, que la désensibilisation systématique peut être utilisée sans relation malade-thérapeute, ces auteurs ont démontré, nous semble-t-il, que la relation joue un rôle essentiel dans ce traitement. WOLPE fournit l'explication suivante : "sans aucun doute, le thérapeute ou la situation thérapeutique, en soi, produisent des effets appréciables". Mais si la relation malade-thérapeute porte son action, elle n'est pas l'essentiel du pro-

cessus thérapeutique.

WOLPE réfute les arguments de DOLLARS et MILLER qui évoquent le mécanisme de l'extinction dans un ouvrage axé sur l'interprétation en fonction de l'apprentissage du processus mis en oeuvre dans la psychanalyse. "Il s'agit bien d'inhibition réciproque et il se fait fort de montrer que l'essence même de la cure analytique ou de tout autre psychothérapie peut être ramenée à un vaste processus de déconditionnement".

Peu importe finalement l'orientation idéologique de ces auteurs, puisqu'ils admettent tous que la relation malade-thérapeute ressort comme un des éléments du traitement de déconditionnement.

Existe-t-il un transfert en thérapie comportementale ? Sans pouvoir affirmer que le transfert constitue une ligne de force du traitement de déconditionnement, la relation établie entre le malade et le médecin est utilisée à des fins thérapeutiques sans être interprétée ni élaborée comme l'est le transfert dans les thérapies d'inspiration analytique.

Dans tous les travaux d'orientation purement behavioriste sont énoncés les caractéristiques qui déterminent l'efficacité d'une thérapie :

"le thérapeute expérimenté est plus efficace que le débutant";

"chaleur, sympathie, sincérité à l'égard du patient";

"explications rassurantes et déculpabilisantes de l'acquisition des symptômes".

Certains auteurs pensent que plus de la moitié des résultats obtenus par le traitement dépend de ces différents facteurs.

Il est évident que le thérapeute peut rencontrer des problèmes très importants au cours du traitement : tantôt il prend une attitude directive, lorsqu'il présente les stimuli, en infligeant la punition, renouant le patient avec certains aspects de la réalité ou avec des problèmes refoulés non désirables, anxiogènes; tantôt il se montre gratifiant, non directif, dans le cadre de la relation psychothérapique. Ces deux attitudes sont difficilement conciliables et leur présence dans un

même processus thérapeutique rend le contrôle du traitement plus difficile. Ce que j'appellerais ambivalence de la situation thérapeutique, tant pour le thérapeute que pour le malade, peut se traduire, chez ce dernier, par l'apparition des problèmes suivants :

- le choix plus ou moins conscient de préférer une attitude du thérapeute plutôt qu'une autre;
- l'identification à une des images changeantes du thérapeute (schématiquement bon ou mauvais, mais pourtant jamais le même au cours du traitement);
- "le renforcement de l'ambivalence pathologique par le changement de situation thérapeutique, qui pourrait correspondre au désir régressif de se maintenir dans un état maladif" (WEINBERG et BARRE);
- "le danger de prendre, de manière systématique, une attitude d'observateur et agressive allant à l'encontre de la possibilité de donner un sens à la relation malade-thérapeute" (SAPIR).

Il va de soi que les mêmes problèmes peuvent se poser au thérapeute.

B. La relaxation selon la méthode de J. de AJURIAGUERRA pourrait-elle faire face à toutes ces difficultés ?

Cette méthode, ce traitement de relaxation pourrait-il assurer intégralement la prise en charge psychothérapeutique du malade et lui permettre de surmonter cette ambivalence situationnelle ? Est-ce possible, voire souhaitable ? Nous ne pouvons prétendre répondre à la question de savoir si ce traitement peut remplir les fonctions énoncées ci-dessus, ni actuellement ni même après avoir présenté et examiné les quatre expériences cliniques thérapeutiques. Quelques auteurs pensent, par contre, que cela pourrait être souhaitable.

WOLPE a lui-même mis en évidence, en 1958 déjà, les améliorations non spécifiques à la désensibilisation qui pouvaient se produire dans le cadre d'une relation thérapeutique (RACHMAN, 1968).

En ce qui concerne l'influence du thérapeute, "GELDER et WILSON notent l'importance modérée de la relaxation musculaire et insistent sur le rôle joué par les paroles et la voix du même médecin" (GOLDWRUM, 1970).

Certains pensent même que l'élément essentiel et sous-jacent des différentes formes de traitement est "l'établissement d'une relation thérapeutique valable permettant de faire face, sans subir de dégâts, à la situation de contrariété provoquée par le traitement lui-même" (WILKINS, 1971).

RACHMAN (1968) écrit : "c'est la sensation de calme qui complète essentiellement le processus de désensibilisation - la relaxation musculaire est certainement le procédé qui permet d'arriver le plus sûrement à cet état de calme".

WIDLOCHER (1973) souligne que "les mécanismes psychanalytiques, de conditionnement et de déconditionnement, loin de relever de théories qui s'excluent, s'articulent dans la réalité clinique".

J. MARKS pense que "la thérapie comportementale et la thérapie analytique ont beaucoup de points communs et qu'elles nécessitent, de plus, souvent leur association en un seul traitement d'un patient donné".

FREEMAN (1965), WOODY (1968), SLOANE (1969) et ROQUAT (1974) se réfèrent aux travaux d'ABEL et COWAN (1964) et montrent que la possibilité d'associer les psychothérapies d'inspiration analytique et les méthodes de déconditionnement est une idée de plus en plus répandue.

Résumé de certains aspects techniques formant la base de la partie clinique

1. - Importance de l'entretien préliminaire

Pour beaucoup d'auteurs, le traitement "se joue" au cours de ce premier entretien qui est déterminant pour l'alliance thérapeutique.

2. - Stimuli réels ou imaginés

La présentation de stimuli imaginés en état de relaxation permet de soumettre au malade une gamme de stimulations beaucoup plus riche que par la présentation dans la réalité anxiogène. La présentation de stimuli imaginés permet d'effectuer le traitement de déconditionnement dans le cadre de la séance de relaxation.

3. - Rythme des séances

Certains auteurs estiment que la disparition d'un symptôme entraîne l'apparition d'un symptôme de substitution et conseillent un traitement de plusieurs séances par semaine, voire par jour (RAMSAY). D'autres pensent que "l'efficacité réelle du traitement dépend de la programmation du rythme des séances" (LANYON). J'estime qu'il est possible d'organiser les séances de désensibilisation en fonction de l'évolution du malade et du processus thérapeutique plutôt que de fixer un programme de traitement.

4. - Hiérarchie

Si l'on admet que la présentation de scènes anxiogènes sans rapport avec les situations redoutées entraîne une amélioration, on reconnaîtra aisément que la hiérarchie des stimuli anxiogènes ne joue pas un rôle déterminant, ce qui permet de choisir librement les scènes en fonction de la compréhension dynamique du processus thérapeutique.

5. - Contrôle

Le contrôle permanent des effets du traitement durant les séances est recommandé par la majorité des auteurs. Le moyen de contrôle utilisé doit être individuel et individualisé. Je pense qu'il est possible d'employer le dialogue tonique comme moyen de communication et de contrôle.

III. P A R T I E C L I N I Q U E

Je présente, dans la partie clinique, les cas que j'ai personnellement traités selon la méthode combinée de la désensibilisation dans le cadre de la relaxation.

Avant de développer le principe de ce traitement et de le décrire, j'aimerais indiquer les points de repaire importants qui m'ont orienté dans la démarche thérapeutique, en soulignant, au préalable, que j'ai mené cette recherche autant pour ma propre formation que pour répondre aux besoins des patients.

1. METHODOLOGIE

a) Indications thérapeutiques

Le traitement combiné est entrepris d'une manière générale dans les circonstances suivantes :

1. L'indication de la prise en charge en relaxation donnée et le traitement commencé, je vois la nécessité d'introduire le déconditionnement à la suite d'un entretien explicatif avec le malade.
2. Je décide d'entreprendre simultanément un traitement de déconditionnement et de relaxation.

Je connais personnellement les malades que je prends en charge sans être leur médecin traitant. Il s'agit toujours de malades dont le traitement psychopharmacologique dans le cadre d'une prise en charge institutionnelle est peu ou pas du tout efficace. C'est sans doute ma prédilection personnelle qui décide en partie ma prise en charge de ces cas difficiles. Je suis indiscutablement "séduit" par leur malheur, conscient de mon contre-transfert sur mon besoin de réparation en rapport avec une certaine identification réciproque. Je remarque du reste que ces malades sont particulièrement réceptifs à l'aide que je peux leur apporter. Le fait de m'engager dans cette lourde tâche a sans doute une influence sur eux et ils doivent, par conséquent, ressentir une motivation supplémentaire pour participer à la réussite du traitement.

b) Aspects techniques

Fréquence - durée

Une séance dure 3/4 d'heure. Nous commençons généralement par

deux séances hebdomadaires et n'augmentons jamais cette fréquence. Par un accord réciproque, nous réduisons les séances à une par semaine, au moment opportun, et procédons de la même façon pour décider de la fin du traitement.

Lieu

Nous disposons d'une salle de relaxation équipée de matériel classique dans le bâtiment administratif. Mes patients viennent spontanément au rendez-vous. Lorsque le malade présente un état considéré comme "dangereux pour lui-même", les séances ont lieu dans le pavillon où il est hospitalisé, avec son accord préalable.

Problème du co-thérapeute

Comme je l'ai signalé précédemment, tous les malades ont leur médecin pavillonnaire responsable du traitement et de la prise en charge en pavillon, et je ne m'occupe jamais d'eux en tant que médecin traitant. Bien que ma fonction me le permette, je ne me suis jamais "intéressé" au traitement pharmacologique ni à la prise en charge pavillonnaire.

Présence du thérapeute

Je suis en principe présent durant toute la séance. Je considère ma décision de quitter la salle au cours ou avant la fin de la séance et de laisser le patient terminer seul comme une démarche thérapeutique. Je me place toujours à côté du malade qui reste couché sur le divan.

Touché et contrôle

Au début du traitement, je prends une attitude de "maintenance" (traduction par J. de AJURIAGUERRA du terme "holding" utilisé par WINNICOTT) passive. J'utilise fréquemment une couverture pour envelopper le malade et ce n'est pratiquement qu'à cette occasion que je le touche. Je ne contrôle la détente du

patient qu'après plusieurs séances, dans la phase de "maintenance" active; ceci me permet, d'une part, d'utiliser notre relation en la modifiant ou même en la modelant, et d'autre part, de jouer un rôle sédatif au moment où la présentation des stimuli, dans les séances de déconditionnement, devient difficile à supporter par le malade.

Consignes

Au début du traitement, dans la phase que j'appelle la "maintenance" passive, j'évite de dialoguer avec les malades et réponds le plus lapidairement possible à leurs questions. Dans la phase de "maintenance" active, j'introduis progressivement les consignes de détente, des consignes plus globales (tronc, respiration) visant surtout le centre du corps.

c) Entretien préliminaire

Les prises en charge débutent toujours par des entretiens préliminaires suivis d'une courte séance de relaxation. J'écoute attentivement le malade et pose l'indication de la prise en charge, en mettant en évidence et en reformulant le désir et la volonté du malade d'y participer. J'expose ensuite brièvement les principes du traitement et précise les conditions dans lesquelles il se déroulera. Puis, j'invite le malade à me poser toutes les questions qu'il désire pour compléter son information. Si toutes les questions et réponses nous semblent avoir été examinées, je propose au patient de faire une courte séance de relaxation en l'invitant à essayer de sentir et de me communiquer éventuellement ce qui se passe dans son corps quand il cherche à le détendre. Après quelques minutes de relaxation, j'invite le malade à la reprise pour mettre fin à la séance. Je lui donne, pour terminer, un aperçu de la perspective qui lui est offerte, des moyens d'y parvenir avec les difficultés que cela comporte, en mettant l'accent sur l'aspect de la découverte.

L'entretien préliminaire s'est déroulé selon la description ci-dessus, dans deux cas. L'intention d'introduire la désensibilisation systématique ne s'est manifestée qu'ultérieurement. Le même processus s'est appliqué avec deux autres cas auxquels j'ai toutefois fourni des explications sur l'importance du traitement par le déconditionnement et sa possibilité pratique d'agir sur le ou les symptômes gênants. Je présente ce traitement comme une action, un effort commun à fournir afin de permettre au malade de se débarrasser et de se libérer d'un symptôme.

d) Hiérarchie des stimuli anxiogènes et présentation des stimuli

Je réserve les quelques premières séances pour introduire, d'une part, la relation psychothérapeutique de relaxation par une attitude de "maintenance" passive et enveloppante, et me faire une idée, d'autre part, à partir de ces entretiens, sur la hiérarchie des stimuli anxiogènes que je présenterai au malade au cours des séances suivantes.

J'établis pour chacun un protocole des stimuli anxiogènes. Les malades m'exposent leurs symptômes et je les questionne très peu ou pas du tout, sinon au cours de l'entretien (ou des entretiens) préliminaire(s). Je construis ensuite l'échelle des stimuli anxiogènes en me référant à l'expérience de WOLPE (1958) qui groupe les stimuli anxiogènes - les plus faibles en tête de liste - en fonction de :

- la peur de l'agressivité
- la peur de la mort et de ses manifestations
- la peur des symptômes de la maladie.

J'organise la présentation des stimuli à partir des deux principes suivants :

- 1) le traitement doit progresser au rythme du patient;
- 2) la présentation d'un stimulus anxiogène sans rapport avec une situation redoutée peut également conduire à une amélioration.

Je ne présente jamais tous les stimuli inscrits sur ma liste et choisis ceux qui ont, selon mon appréciation, le maximum d'impact sur le symptôme, en fonction de la personnalité du patient et de sa disposition émotionnelle. La bonne marche du traitement ne dépend pas du nombre de présentations de stimuli. La durée de la séance et le souci de terminer dans une ambiance de détente détermine la fréquence des présentations de stimuli anxiogènes. Nous sommes parvenus à un maximum de trois présentations en une séance.

Après la première séance de déconditionnement, je laisse le choix au malade de ne pas renouveler cette expérience à la séance suivante que je consacre, dans ce cas, entièrement à la relaxation.

2. PRESENTATION DE QUATRE CAS

Cas clinique - Madame A.

Madame A. est envoyée à la Clinique de Bel-Air par son médecin généraliste le 24 janvier 1974 pour la 5ème hospitalisation volontaire. Il s'agit d'une récurrence d'un état d'anxiété avec insomnies, sentiment de délabrement de la personnalité, etc., accentuant les difficultés conjugales préexistantes et le sentiment d'être totalement isolée et incomprise.

Biographie

Mme A. est âgée de 40 ans. Sa mère est décrite comme une personne autoritaire, rigide, peu affectueuse, ayant des traits obsessionnels. Son père est retraité de la gendarmerie depuis 1956, à la suite d'un grave accident. Dès lors, il a davantage de contacts et se montre sensible et affectueux. Son frère, de 10 ans son aîné, ressemble à la mère.

Les maladies d'enfance de Mme A. n'ont pas de suites et le développement psycho-moteur se déroule sans problèmes.

Enfant, elle parle peu, est timide et se sent beaucoup plus proche de son père que de sa mère. Elle semble avoir reçu une éducation assez rigide :

"Mes parents, surtout ma mère, voulaient toujours que je sois la première partout; j'ai été élevée assez durement".

À l'école, elle se décrit comme une grande hyperémotive mais timide, toujours active et impatiente. Elle se sent plus heureuse en dehors de la maison que chez elle où sa mère "ne lui apportait que des besoins matériels". Elle a toujours été la première de sa classe et obtient une maturité commerciale.

Son éducation sexuelle est quasi nulle. Dès la ménarche, à l'âge de 13 ans, elle souffre de dysménorrhée. Un an après, elle traverse une phase de boulimie et grossit de 15 kg. À 20 ans, elle se fiance avec un apprenti-maçon, orphelin, qui devient inspecteur de sûreté grâce à l'influence de son futur beau-père. Son mariage, qui a lieu un an plus tard, est ressenti comme "une libération de la contrainte que ma mère m'imposait". L'entente conjugale est dite bonne jusqu'en 1962, mais plusieurs maladies et complications physiques apparaissent dès le mariage. 1955 : un an après le mariage, elle est enceinte de 3-4 mois. 1956 : opérée du ménisque du genou gauche; appendicectomie. 1957 : grippe avec méningisme. 1961 : opération esthétique des deux seins. En 1962, la 2ème grossesse est très mal acceptée par son mari.

Mme A. tombe dans la dépression, se néglige et ne recourt au gynécologue que peu avant la fausse couche. En 1965, elle fait un séjour à la Clinique Médicale pour céphalées de localisation variable prédominant dans la région rétro-oculaire, et pour troubles digestifs vagues. Diagnostic : dystonie neurovégétative.

Son mari reconnaît ses propres infidélités un an après et Mme A. demande immédiatement le divorce; ils se séparent quelques semaines plus tard. En avril 1967, le mari fait une tentative de réconciliation, mais il quitte la maison 10 jours plus tard et dit à Mme A. : "tu vas me tuer, je m'en vais définitivement". Mais elle devient assez rapidement insomniaque, fatiguée, et abuse de somnifères et d'alcool. Elle lutte contre son anxiété en pratiquant des sports : natation, tennis, équitation, longues promenades. Elle exerce, depuis 1961, une activité très gratifiante qui représente "une source d'énergie indispensable pour que je puisse supporter mes difficultés".

10 jours avant sa première entrée à Bel-Air, elle tombe de cheval et se fait hospitaliser dans un service de chirurgie. Elle pense que le propriétaire du manège, son ami depuis quelques jours, lui rendra visite, mais en vain. C'est dans ces circonstances qu'elle fait sa première tentative de suicide aux médicaments (Trinal + Valium). Commateuse, elle est transférée à l'Hôpital Cantonal de Genève et entre directement à Bel-Air trois jours plus tard.

Première hospitalisation

Elle se présente comme une femme timide, d'expression inquiète. Elle parle beaucoup de ses problèmes en les banalisant. Elle est hyperémotive, tendue, et son contact très superficiel. Rapidement rassurée par son hospitalisation, son état s'améliore en quelques jours par le traitement antidépresseur (Anafranil), elle quitte la clinique et sera suivie par son médecin traitant.

Elle reprend son travail immédiatement sans problèmes. Des aventures sentimentales, compromises d'avance par son comportement d'échec, accentuent la solitude dont elle souffre déjà et renforce son désir de ne pas se remarier, ni d'avoir d'enfants. Elle demeure frigide depuis son divorce. Le 8 mars 1970, elle subit une intervention pour hémorroïdes, fistule et varices, suivie d'un mois de convalescence. En mai, son état dépressif latent s'aggrave, en particulier à la suite d'une pétition lancée dans l'immeuble contre son chien. L'alcoolisation, en partie réactionnelle au début, augmente progressivement, de même que les prises excessives de médicaments. Son médecin traitant l'envoie à Bel-Air pour une entrée volontaire en juin 1970.

Deuxième hospitalisation

Elle se présente déprimée et anxieuse, minimise cependant ses problèmes. Elle refuse d'entrer en dialogue thérapeutique avec son médecin et manifeste un comportement désagréable au pavillon; elle se mêle des affaires des autres, se montre revendicatrice et exerce une influence néfaste sur les autres pensionnaires. Elle exprime son insatisfaction personnelle sur tous les plans. Le fond thymique s'améliore rapidement sous l'action de l'antidépresseur. Trois semaines après son arrivée, elle quitte la clinique pour passer des vacances en Espagne.

A son retour, elle liquide son travail professionnel, sans raison apparente. En novembre 1970, elle part en Allemagne chez des parents de sa mère, mais elle ne s'y plaît pas, s'ennuie de "Genève" et devient dépressive. En janvier 1971, elle fait un séjour à la montagne pour se "remettre". En mai 1971, elle s'engage en qualité de secrétaire de direction dans une fabrique. Simultanément, elle fait la connaissance d'un homme, son aîné de 15 ans, divorcé depuis 5 ans d'une femme ayant des antécédents psychiatriques. Depuis septembre 1971, ils envisagent de se marier, mais la patiente commence à vomir toute nourriture, perd jusqu'à 18 kg, devient fatiguée. Son médecin traitant écarte la possibilité d'une pathologie organique, mais appuie sa demande de séjour à Bel-Air, vu son état.

Troisième hospitalisation

Elle est très tendue et anxieuse, pleurnicharde, insomniaque et se sent épuisée. Elle appréhende le mariage, car elle se dit trop âgée pour avoir un enfant. Elle craint également que son mari ne soit amené à faire une association entre elle et son ex-femme "aussi malade mentale". Sous traitement aux antidépresseurs (Largactyl), diarrhées et vomissements disparaissent progressivement, avec une nette amélioration de son état thymique. Après trois semaines, elle quitte la clinique et se fait suivre par son médecin traitant.

Dès sa sortie, elle se prépare pour son mariage qui a lieu un mois plus tard. Son mari, qui dirige une affaire dans le Sud de la France, ne rentre que le week-end à la maison, ce qui lui permet de passer son temps libre chez ses parents. En décembre 1971, les vomissements réapparaissent. Après investigations, elle est opérée d'une hernie hiatale en janvier 1972. Vite rétablie, elle passe un mois de convalescence à la montagne. En mai apparaît progressivement un état de fatigue avec maux de tête qu'elle soigne avec de l'Optalidon. Elle en abuse tant et si bien qu'elle reste deux jours au Centre de Réanimation pour état semi-comateux. Elle passe ensuite des vacances en Corse avec son mari, apparemment sans problèmes. De retour à Genève, elle doit s'occuper de son déménagement sans toute-

fois y parvenir. Les vomissements reprennent. Elle devient anorexique, asthénique et fait de nombreuses crises de larmes. Son médecin traitant décide de l'hospitaliser à Bel-Air en décembre 1972.

Quatrième hospitalisation

Elle se présente extrêmement fatiguée, tendue et anxieuse. Sous antidépresseur (Anafranil), l'anxiété et l'état de tension, ainsi que les troubles digestifs, disparaissent. Elle quitte la clinique après deux semaines pour terminer son déménagement et sera suivie par son médecin traitant.

Elle reste deux ans chez elle sans travailler et passe des journées entières chez ses parents, incapable de supporter la solitude dans son nouvel appartement. Elle boit beaucoup. En janvier 1974, elle est hospitalisée quelques jours à la Clinique Savoie pour hallucinations visuelles et état d'anxiété durant 24 heures. En juin 1974, lors d'un voyage en Corse, elle fait plusieurs crises de tétanie, soignées comme telles par un médecin. En septembre, son médecin traitant nous l'envoie pour sa cinquième hospitalisation.

Quelques jours plus tard, elle est présentée au Prof. J. de Ajuriaguerra qui pose le diagnostic d'hystérie d'anxiété et conseille d'envisager la relaxation.

Entretien préliminaire et première séance

Elle commence d'emblée par un récit très complet de ses maux, de ses problèmes. Cela dure environ 15 minutes. Je ne dis rien, je regarde cette femme qui me paraît très sympathique, séduisante, malgré la tension et la crispation émanant de son corps, ce corps qui la dérange indiscutablement. Elle bouge sans arrêt, joue avec ses lunettes, me sourit souvent. Elle me demande ensuite si je prévois une modification dans son traitement pharmacologique sans me laisser le temps de lui répondre et poursuit en me disant qu'elle ne pense pas qu'on puisse la guérir, que son état de tension existe depuis toujours et qu'elle a besoin de faire un séjour à Bel-Air de

temps en temps. Je lui réponds que son état peut être amélioré; étonnée, elle me demande si elle doit divorcer. Quelques minutes plus tard, elle termine son monologue et me demande comment j'envisage le problème. Je lui montre que les médicaments, malgré leur efficacité lors de ses séjours en clinique, ne contribuent pas considérablement au soulagement de ses problèmes en dehors de ses hospitalisations. J'évoque des changements susceptibles d'être envisagés en mettant l'accent sur la découverte de son corps selon les méthodes de la relaxation. Elle reprend aussitôt par la description de tous les aspects désagréables dans son corps. J'adopte alors une attitude plus directive : je répète, reformule ses paroles et je l'amène et parviens, par association, à lui faire dire : "quelque chose me gêne dans mon corps, quelque chose de maladif". Je saisis l'occasion de lui proposer la relaxation en mettant en évidence certains sentiments agréables et désagréables qui habitent son corps et qui la gênent. Elle répond qu'elle aimerait "faire un peu d'ordre dans son corps". je l'invite à faire une courte séance de relaxation et lui dit : "essayez de voir ce qui se passe dans votre corps quand vous cherchez à vous détendre".

Un peu plus tard, elle me communique son impression de tomber dans le sommeil profond, mais elle dit qu'elle se sent bien et que cela ne doit pas m'inquiéter. Je perçois une très forte tension musculaire, surtout à l'hémicorps droit (de mon côté). Silence de quelques minutes; elle se relaxe progressivement, puis elle dit :

"Je me suis sentie tellement bien, je pense que j'allais m'endormir, mais c'est si agréable que je ne le voulais plus, je me sens bien".

Je constate, en contrôlant, un net relâchement musculaire et lui propose de reprendre cet exercice de détente, ce qu'elle fait très "sportivement". Je lui fixe les dates des prochaines séances (deux par semaines).

Première à sixième séance

Je ne quitte jamais la salle de relaxation. J'écoute ce qu'elle me raconte, mais elle ne parle que très rarement. Elle vient très régulièrement et à l'heure. Elle ne regarde jamais sa montre, mais elle sait parfaitement quand la fin de la séance approche. Je vérifie rarement son tonus musculaire. Elle est toujours très détendue, calme. Elle me dit souvent qu'elle ne pense pas et qu'elle se sent très bien comme cela. Je ne lui donne plus de nouvelle consigne depuis la première séance.

Sixième séance

Au pavillon, son médecin traitant lui annonce qu'elle doit reprendre le travail et quitter prochainement la clinique.

Dès le début de la séance, elle est très tendue.

"Je joue la comédie de la petite fille parfaite et gentille envers tous, surtout envers mon mari".

Spontanément, elle avoue simuler les orgasmes, alors qu'elle ne ressent absolument rien sur le plan sexuel, et ceci "à quelques exceptions près depuis mon premier mariage". Elle parle avec regret de son premier époux :

"Il faudrait peu, très peu pour qu'on reprenne la vie commune".

Elle fait une analyse de sa vie conjugale. Brusquement, elle regarde sa montre et dit :

"demain, je quitte la clinique, c'est dommage que je doive aussi arrêter la relaxation".

Je lui réponds :

"nous avons prévu, lors de la première séance, que le traitement sera poursuivi jusqu'au jour où nous (j'insiste sur le nous) déciderons qu'il doit se terminer".

Silence.

Après quelques minutes de tension :

"je ne vous dérangerai vraiment pas si nous poursuivions (sic!) le traitement après mon départ ?".

Moi :

"si vous voulez (encore) poursuivre le traitement après votre départ de la clinique, il est évident que notre contrat initial reste toujours valable".

Fin de la séance.

Notes du médecin de pavillon

"Le mari de Mme A. est manifestement excédé par la maladie de sa femme et demande de manière assez impérieuse son retour à domicile. Il la considère comme son objet, qui doit fonctionner correctement, inconscient du fait qu'elle en a assez du mode de vie qu'il lui inflige et qu'il est partiellement "responsable de son état". Le week-end, la patiente retourne à domicile. Dimanche matin, elle fait une bouffée d'angoisse qui inquiète son mari et lui fait une scène de ménage. Elle retourne immédiatement à la clinique où le médecin de garde lui prescrit 1 mg de Valium i.m.".

Septième séance

Bonne détente. Silence de 3/4 d'heure : calme, visiblement contente.

Vers la fin de la séance elle se sent un peu triste, mais détendue. Avant la reprise :

"si je pouvais être comme ça toute la vie".

Je réponds :

"votre vie comporte différents moments. Vous en préférez certains, vous aimeriez en éliminer d'autres, mais vous

vivez toute votre vie entièrement à votre façon. Il reste à savoir s'il y a des modifications que vous parviendrez à accepter".

Silence. Reprise.

La relaxation reprend et se poursuit normalement. Le transfert reste très lent. Elle se relaxe à l'image d'une "bonne élève" pour me faire plaisir, mais aussi pour obtenir la satisfaction de la détente dans un moment privilégié.

Toujours précise au rendez-vous, elle arrive déjà pratiquement détendue, suit ma consigne, se met dans un état de détente profonde. Elle abandonne son attitude de défensive constante, son appel de tendresse est satisfait au moment de la relaxation. Elle pratique la relaxation à la maison "mais c'est tellement différent".

Je ne parle que très peu. Je tente de traduire ses difficultés extérieures en difficultés éprouvées par son corps au cours de la relaxation.

Mme A. : "Je me détends vite, très vite, pour plonger dans un état de nirvâna, je m'éloigne pour vous obliger à garder le silence, je ne sais pas si je vais vraiment profiter du traitement ou de vous tout simplement".

Moi : "Hum".

Mme A. : "Mais oui, on me pousse toujours, t'as qu'à faire, t'à qu'à, t'à qu'à. Je sens que vous aimeriez m'aider, mais, excusez-moi, je pense que nous les deux, nous ne savons pas très bien comment".

Moi : "Vous avez l'impression qu'il y a quelque chose à traiter chez vous, mais nous n'avons jamais déterminé quoi ?".

Mme A. : "Ni pour qui".

Silence. Quelques minutes plus tard :

Mme A. : "Cela doit être pour moi, j'en ai assez des autres".

Silence.

Mme A. : "J'ai beaucoup de choses que je traîne derrière moi et qui me dérangent".

Silence.

Mme A. : "J'ai un caractère que personne ne connaît".

Silence.

Mme A. : "Je vous ferai une liste des problèmes qui me dérangent
je ne veux plus vivre avec eux".

Moi : "Vous préférez me faire une liste par écrit plutôt
que d'en parler".

Mme A. : "Oui nettement" (spontanément). Après un silence :
"Si je veux vous parler d'une chose, je vais oublier
les autres. Par écrit, cela sera complet".

Silence.

Mme A. : "Je vous la prépare pour la prochaine séance (très
affirmative), plus tard si vous voulez".

Reprise. Fin de la séance.

Vingt et unième séance

Elle se rend directement dans mon bureau au lieu d'entrer dans la salle de relaxation, quelques minutes avant la séance. Elle me remet une lettre débutant ainsi : "Cher Docteur, voici ce que j'ai en moi...". La lettre n'est pas signée et contient des insultes à son égard sur deux pages.

Nous avons pu établir une liste des symptômes que je présente selon la hiérarchie des situations anxiogènes :

1. - Me promener seule.
2. - Avoir des difficultés avec ma voiture sur une route déserte.
3. - Penser que je pourrais être reconnue dans le domaine de la clinique, et qu'on pourrait penser que je suis toujours hospitalisée à la clinique.
4. - Retourner chez mes parents et oublier le cadeau que j'ai préparé.
5. - Redevenir folle et perdre le contrôle de moi-même, par exemple : avoir envie, en conduisant sur l'autoroute, de faire brusquement un virage et de provoquer un accident grave.

6. - Refaire le rêve le plus angoissant : je me vois coucher avec le premier passant et je suis observée par mes parents, par ma mère surtout.
7. - Faire l'amour avec mon mari, lui jouer la comédie, me laisser prendre à mon propre jeu et jouir malgré ma volonté.
8. - Me trouver seule chez moi, voir quelqu'un arriver à la maison (le facteur, par exemple) et avoir envie de lui faire l'amour, le lui proposer et entendre de sa part que lui, il ne fait pas ça avec les vieilles femmes.
9. - Penser qu'après avoir bu, je ne suis plus responsable de ce qu'on pourrait dire de moi.
10. - Etre remarquée par quelqu'un sans être occupée (sans livre, sans clef de voiture, par exemple).
11. - M'étouffer dans mon bain (être violée et avoir du plaisir).
12. - Qu'on sache que je suis bonne à rien et que la seule chose que je sais faire c'est de m'admirer.
13. - Etre paralysée.
14. - Passer devant un obstacle en voiture et penser que je dois me tuer.
15. - Regarder un couteau et vouloir me faire du mal.
16. - Vouloir me brûler.
17. - Chercher des catastrophes.
18. - Trouver du calme paralysant en imaginant une catastrophe imminente.

La liste terminée, Mme A. se montre très pressée. Elle manque les deux séances suivantes. Le 17 janvier 1975, elle retourne à la clinique pour sa 6ème admission, dans un état de délirium tremens.

Elle est très excitée, tient à peine sur sa chaise; ses traits sont tirés et ses yeux hagards; elle a l'air effrayé et s'attend à un danger imminent. Elle se dit extrêmement angoissée, a des hallucinations auditives et visuelles et se trouve désorientée dans le temps.

Après deux jours, elle fait une excellente critique de son état et se montre calme et souriante. Elle vient spontanément au rendez-vous, fortement culpabilisée.

Vingt-deuxième séance

"Est-ce que vous voulez toujours vous occuper de moi", dit-elle avant de s'installer. Elle pleure longtemps dans le silence.

Je lui donne la consigne de respirer. Elle s'oppose et déprime. Je ne l'ai jamais vue aussi authentique que ce jour-là. Après quelques minutes de silence, je l'invite à commencer la séance de déconditionnement, comme nous avions prévu avant sa période d'absence. Elle accepte. Je lui rappelle : "il est possible que vous ressentiez une forte anxiété; quand cela sera insupportable, nous reviendrons sur la relaxation. Je présente la scène No 10. La description de la situation terminée, elle respire très fortement :

"j'étais tellement anxieuse quand vous m'avez cité cette scène que je croyais m'étouffer".

A la deuxième présentation, elle reste bloquée jusqu'à la fin de la description. Elle se met ensuite à bouger, devient très pâle, transpire, est très tendue et angoissée. A la consigne de respiration, Mme A. se calme quelques secondes.

Nous avons répété la même présentation encore 4 fois au cours de la même séance. Vers la fin, elle a "gardé contact avec la respiration", elle était calme, détendue.

"J'ai l'impression que chaque fois c'est allé plus vite" dit-elle.

Vingt-troisième séance

Début de la séance habituel. Consigne de respiration. Deux présentations de la scène 10 provoquent deux très faibles réactions anxieuses.

"Cela m'est difficile",
dit-elle.
Détente. Reprise. Fin de la séance.

Vingt-quatrième séance

Avant d'entrer :

"J'ai été dîner chez une amie. J'ai bu un pastis avec elle.
Je ne voulais plus conduire ma voiture. Je suis rentrée en taxi".

La séance débute comme d'habitude. Après quelques minutes :

"J'ai rêvé que j'étais avec mon mari sur la plage. Nous étions ensemble comme jamais".

Pas de désensibilisation à cette séance.

Vingt-cinquième séance

Après un moment :

"Ma mère voulait que je sois un garçon. Elle ne m'a jamais dit ça".

Silence.

"Je ne sais pas pourquoi je pense comme ça".

La séance de désenbibilisation comporte la présentation des scènes 11 et 13, à trois reprises. Réactions très importantes. Puis, la consigne de chaleur entraîne une bonne détente qui marque la fin de la séance.

Vingt-sixième séance

Trois présentations des scènes 11 et 13. Réactions moins évidentes.

Vingt-septième séance

Trois présentations des scènes 11 et 13. Réactions sans importance.

Vingt-huitième séance

Mme A. se présente très souriante, réellement contente, détendue.

Silence.

Quelques minutes plus tard, elle pleure :

"Je ne sais pas ce qui s'est passé, ça me dépasse. J'ai fait l'amour avec mon mari. C'était formidable. Et je le lui ai dit. Il a été très gêné. J'ai senti une libération, nous avons discuté toute la nuit!

Silence.

"Il n'est pas si vieux que ça. Silence. Comme j'étais folle mon Dieu".

Avant la 29ème séance, son mari me téléphone et me demande de fixer un rendez-vous (je n'ai jamais parlé avec lui) avant la prochaine séance de sa femme. Je ne peux pas le lui accorder. Il me dit :

"Il y a un tel changement chez ma femme que je crois rêver. Elle chante en faisant le ménage, elle me demande comment je vais quand je rentre du travail. Elle ne boit pas et elle dort sans médicaments. Est-ce que ça va durer Docteur, je ne l'avais jamais connue comme elle est maintenant".

Vingt-neuvième séance

Mme A. arrive "en forme". Elle a changé ses vêtements, elle a été chez le coiffeur. Elle rayonne.

"Je suis bien, je me sens bien. Je me sens sûre de moi, je ne me pose plus de questions. Je peux m'endormir sans médicaments. Comment cela est-il possible ?"

Silence.

Elle se regarde :

"Je pense que je n'ai plus peur de moi-même".

Brusquement angoissée, elle se tourne vers moi :

"Vous savez, vous m'avez fait peur, à tel point que je pensais mourir, me perdre complètement, me confondre avec ma folie".

Nous poursuivons encore quelques séances de relaxation. La dernière a lieu la veille de son départ définitif pour la Corse où elle va s'installer avec son mari. Elle envisage d'avoir une activité professionnelle et de s'occuper de la maison. "Mais si j'avais quelque chose, je vous téléphone", me dit-elle en souriant.

En résumé

La méthode de la relaxation appliquée isolément n'a contribué qu'à une discrète amélioration de l'état de la patiente et s'est soldée par une rechute brusque. Par contre, quelques séances de désensibilisation dans le cadre de la relaxation ont entraîné la disparition de tous les troubles liés aux différents degrés de la hiérarchie d'anxiété.

La disparition de la symptomatologie "gênante" a libéré l'énergie fortement entravée jusqu'à présent. Même si la malade manifeste encore une anxiété diffuse, elle se considère guérie et se montre pleine d'espoir pour l'avenir.

Sans toutefois être en mesure de faire un pronostic concernant l'évolution de sa névrose, j'estime que le résultat obtenu par le traitement est très favorable.

Cas clinique - Monsieur B.

Monsieur B. est hospitalisé pour la 6ème fois à la Clinique de Bel-Air le 9 juin 1975.

Né le 3 octobre 1940, il suit un traitement psychiatrique depuis le 9 septembre 1956. Traité ambulairement pendant 2 mois, il fait ensuite un séjour de 6 semaines dans une clinique privée où il subit une insulinothérapie. Puis, il est traité par son médecin au Largactil (400 mg/jour); son état ne s'améliorant pas, il est hospitalisé à Bel-Air 4 mois après avoir quitté la clinique privée.

Diagnostic et indications de son médecin :

"Il s'agit d'une psychose de type hétérophrénique (étrangeté, hostilité, cénestopathie, interprétations pathologiques, automatisme mental, etc.). Cet état tend de nouveau à s'aggraver et rend ce jeune homme dangereux pour lui-même. Dans ces conditions, il doit être interné d'urgence à la clinique psychiatrique pour y être traité".

Sa première hospitalisation dure trois mois.

Extrait du résumé de séjour :

"Comportement instable, parfois angoissé, air hébété, indécision, fluide dans la pensée, interprétativité, idées de concernement. Peu modifié par l'ergothérapie, il est amélioré par le Serposol. Vers la fin de son hospitalisation, son comportement devient plus facile, plus ordonné, et il prend du recul par rapport à ses troubles".

Sorti de clinique en août 1957, son délire le reprend en été 1958. Il se sent observé, soupçonné, insulté. Peu avant sa seconde hospitalisation, il ne sort pratiquement plus de chez lui, par peur de la foule. Il craint la solitude, se sent de plus en plus angoissé, ce qui le pousse à faire une cure de sommeil d'un mois à Bel-Air, qui sera suivie d'une cure d'Insuline avec 29 comas, sans résultat.

On trouve dans son dossier, qui rappelle une histoire "typique d'un schizophrène", un résumé de discussion entre son médecin traitant et le Professeur J. de Ajuriaguerra, daté du 9 mai 1959 :

"Avec les symptômes présentés par M. B., on peut diagnostiquer une schizophrénie

Cependant, il y a une organisation à peu près compréhensible dans ses réactions

Chez lui, tout se place sur un plan de défense. Il n'essaie pas de regarder la réalité en face, car il en a peur. Il en est de même pour l'avenir. Son affectivité se porte vers les objets inanimés. Il en arrive à un espace d'uniformité par crainte d'avoir des relations affectives avec les autres, pour éviter que la réaction d'autrui ne puisse être punitive. Il s'enferme dans une coque de sécurité, dans une régression infantile où il ne doit pas se représenter adulte avec ses responsabilités. Sa maladie est un type d'organisation de défense qui lui permet de vivre à moindre frais".

Cette analyse psychologique a été confirmée par 14 ans d'hospitalisation quasiment permanente.

Biographie

Il n'y a pas d'antécédents neuropsychiatriques dans la famille. Le père est décédé en mars 1970. Horticulteur, il vendait des fleurs pour un cimetière. Il était alcoolique, faible de caractère, timide, sans confiance en lui-même. Sous l'effet de l'alcool, il se montrait très irritable, criait pour un rien et les disputes conjugales se produisaient très fréquemment. Le père se disputait également avec son fils qui avait peur de lui, conflits engendrés entre autres parce que le patient adressait des reproches à son père, soutenu en cela par la mère qui l'encourageait à s'exprimer. En 1962, M. B. est âgé de 22 ans, le père a un ictus avec hémiplegie gauche. Placé à l'Hôpital Cantonal, il ne rentrera plus à la maison. La mère demande le divorce pendant l'hospitalisation de son mari.

La mère est une mère-poule typique : elle parle toujours de son fils comme d'un bébé, trouve une certaine complaisance à la gâter et se comporte de manière particulièrement irresponsable quant à la dépendance extrême de son fils à son égard. Elle prétend avoir dû beaucoup s'occuper de son fils parce qu'il était toujours malade.

Monsieur B. est le fils unique du couple décrit ci-dessus. Sa naissance et son développement ne posent pas de problèmes jusqu'à l'âge de 7 ans. Il est un gaucher contrarié, mais uniquement en écriture. Dès 6 ans, il dort mal et ne s'endort, dans l'obscurité, qu'à côté de sa mère. A l'intérieur de son territoire (villa des parents), il court et se déplace sans angoisse. Par contre, il a peur de l'extérieur : "que des hommes ou des chiens ne rentrent dans la villa, qu'on le voie depuis l'extérieur". Ultérieurement, il craindra l'eau du lac, le vertige en montagne, les animaux, les voleurs, etc.

A l'école, il éprouve de grandes difficultés en calcul, il est par contre doué pour les langues et le dessin. Il termine l'école primaire à 13½ ans et suit 2 ans au Collège. Toujours timide et renfermé avec ses camarades, il se tient à

l'écart, ce qui provoque des réactions hostiles de son entourage; sa mère supporte mal les camarades de son fils et les élimine progressivement. Il quitte le Collège à la fin de la 2ème année et ne reprend plus ses études, pas plus qu'il ne travaille. Pendant plusieurs années, ses activités consistent à se faire traiter à la clinique où il fonctionne comme un "malade modèle", ou à rester chez lui. Ses seuls plaisirs sont d'écouter de la musique de jazz, de faire des projets qu'il ne réalise jamais et de faire de très bons repas à la maison, en compagnie de sa mère.

Son traitement pharmacologique consiste en une liste très complète de neuroleptiques associés à un ou plusieurs anxiolytiques, traitement peu efficace. Une tentative d'insertion socio-professionnelle aux ateliers du CPSU et d'hospitalisation de jour échouent.

En résumé, la pathologie du patient se présente comme suit :

Pas de discordance ni de syndrome dissociatif, pas d'expérience délirante primaire ni d'évolution psychotique. L'organisation phobique est très ancienne, le contenu des thèmes très symbolique.

Manifestations de ses défenses :

- il évite les situations nouvelles et recourt très facilement et presque instantanément aux symptômes maladifs : angoisse, différents maux, fatigue, phobie, rituels, interprétativité, convictions délirantes, au moment où une mobilisation quelconque risque de perturber le statu quo;
- il entretient une relation symbiotique avec la mère. S'il devenait autonome, la mère s'effondrerait et le fils se culpabiliserait.

Ce tableau correspond à la description d'un état chronique.

Entretiens préliminaires

Estimant parvenir à réduire considérablement la dose de neuroleptiques et de tranquillisants, l'idée me vient de prendre ce patient en relaxation. Je rencontre cependant une gêne dans l'application du traitement, parce que incompatible avec l'idée que je me suis forgée du malade. Plusieurs entretiens préliminaires me permettent de définir les problèmes qui se posent.

Le premier problème qui me paraît important se rapporte à l'identification du malade. Son père a été vécu comme sadique, de sorte que son identification avec le père me paraît partielle et déviée, mais non inexistante. La virilité, pour cette

raison, est assimilée au sadisme et repoussée. Il en résulte que M. B. n'a aucune notion précise de la vie pratique d'un homme adulte (travail, rapports sociaux, loisirs, vie conjugale), non plus que de sa personnalité. Il prétend vouloir mener une vie d'adulte, mais il est incapable de se représenter ce que cela signifie. En ce qui concerne sa conception de la sexualité, elle est également faussée dès le départ (entre autres pour avoir vécu précocement l'acte sexuel "dégoûtant" de son père ivre et de sa mère en train de crier et de se défendre). Enfin, les femmes sont manifestement vécues à travers l'image maternelle, et il se heurte au conflit entre son désir de trouver une femme et la réalité de sa vie symbiotique avec la mère.

Le deuxième problème important se situe au niveau de son comportement par lequel il tient à tout prix à maintenir le statu quo, comportement qui se traduit par :

- 1) une attitude soumise, obéissante et neutre, typique du malade "modèle" qui nous donne tous les détails de ses multiples maux somatiques (angoisse, insomnies et autres difficultés), en mettant toutefois en évidence l'impuissance thérapeutique du médecin :

"Je suis malade depuis 19 ans et toujours en traitement; la médecine n'a rien d'autre à m'offrir, même si je faisais toujours tout pour m'en sortir".

- 2) le refus de tout changement, d'une part sur le plan verbal :

"J'aimerais bien, mais je ne peux pas, ce n'est pas la question de la volonté ...",

d'autre part en considérant sa mère comme un obstacle majeur (crainte d'une dépression éventuelle, de sa mort probable, etc.), indépendamment de lui et de sa "volonté collaborante". Ce refus de tout changement et sa volonté de maintenir le statu quo sont motivés et justifiés de la manière suivante :

"Ma maladie est chronique et récidivante, j'ai dû tout abandonner, je ne peux pas investir, on a déjà tout essayé, sans résultats".

Le troisième problème important concerne l'impossibilité d'entreprendre une action thérapeutique efficace quelconque sur le plan verbal. Toute démarche thérapeutique à ce niveau (explication, élaboration, interprétation, etc.) est impossible sans qu'apparaisse une angoisse défensive dangereuse tant pour le patient que pour son thérapeute. Dans son passé psychiatrique, plusieurs tentatives d'aide psychothérapeutique se sont soldées par l'échec ou par l'interruption du traitement. Ces échecs successifs renforcent le point de vue du patient, davantage convaincu que seul le statu quo peut préserver son équilibre.

Il exprime verbalement son désir d'obtenir un médicament très puissant (il utilise déjà plusieurs neuroleptiques sédatifs) susceptible d'éliminer son angoisse, un médicament qui doit éliminer tout ce qui est mauvais en lui-même. Son second désir verbalisé est de se faire renvoyer dans le studio qu'il partage avec sa mère, en attendant un miracle. Tout ceci correspond à son désir agressif d'abandonner le traitement jugé non efficace.

Au cours du dernier entretien préliminaire, j'ai tenté de lui présenter le traitement de déconditionnement dans le cadre de la relaxation.

J'envisage d'orienter le traitement de la manière suivante :

Seule l'intervention gratifiante et non offensive pourrait me faire gagner sa confiance et sa collaboration. Cette intervention ne doit pas viser, au début, son équilibre de fonctionnement, mais doit valoriser son amour narcissique. Des modifications éventuelles seront envisageables par la suite.

La liste des symptômes anxiogènes que nous avons établie ensemble comporte la presque totalité des symptômes phobiques et obsessionnels. Nous nous sommes trouvés dans l'impossibilité absolue d'établir une hiérarchie des anxiétés, chaque stimulus étant considéré par le malade comme le plus important.

Il est utile ici de mentionner un événement particulier, qui a joué un rôle important dans la suite du traitement.

M. B. a connu il y 3 ans un autre malade, M. S., hospitalisé en même temps que lui à la Clinique de Bel-Air, pour un delirium tremens. Il s'agit d'un homme très robuste, ancien légionnaire, qui s'intéresse à la magie noire et aux expériences télépathiques. Il se rendait à la cafétéria de la clinique entouré de ses deux gros chiens. Lors d'une discussion entre les deux pensionnaires, M. S. a semblé très redoutable à mon patient, extrêmement dangereux physiquement et capable, sur le plan psychologique, de lui imposer sa volonté. Depuis cette rencontre, il tient des propos très agressifs au sujet de M.S. Il l'utilise comme dernier argument dans sa liste des éléments "négatifs" et comme ultime défense pour s'opposer aux médecins dont l'intention est d'introduire un changement quelconque. Son attitude de défense prend des dimensions délirantes dès l'instant où l'action des thérapeutes menace l'équilibre de son statu quo. La seule demande exprimée spontanément par le malade est la suivante : "Débarrassez-moi de lui, tuez Satan, rendez-moi fort physiquement pour que je puisse le faire moi-même".

Je suis donc obligé d'introduire cet élément pour commencer le traitement.

Première à sixième séance

Nous entreprenons le traitement par six séances de relaxation, toutes très typiques du malade angoissé, éprouvant d'énormes difficultés relationnelles. M. B. arrive toujours parfaitement détendu à la séance. Les consignes générales (respiration, lourdeur et chaleur) ont pour objectif d'obtenir un état hypnoïde, de semi-sommeil. Il me parle de tous ses problèmes quotidiens, de ses projets pour les jours à venir, etc.

Il est en position couchée pour la plupart des entretiens. Il se sent obligé de rationaliser tous ses affects et de porter des jugements de valeur sur ceux-ci.

Je lui parle très peu, ne fais aucune interprétation et tente de gratifier sa détente et sa facilité d'expression. Je me limite à une attitude de "maintenance". J'ai de la peine à imaginer une aide plus efficace, du moins pour le moment, mais je me sens à l'aise et détendu face à ce "grand enfant" complètement perdu. La relaxation est agréablement vécue, de type très régressif. Il conclut les séances par des reprises "sportives" et des jugements de valeur sur la séance en tant que telle :

"C'était mieux que la dernière fois, mais j'aimerais que vous me fassiez de l'hypnose, je crois que je guérirais plus vite".

La relaxation devient rapidement "un bon objet à détruire".

Septième séance

Je décide d'introduire l'image redoutée de M. S. dans le cadre de la relaxation. Le malade bien détendu, je lui dit :

"Essayez d'imaginer que M. S. est ici, avec nous, dans cette salle".

Une terrible angoisse avec des manifestations neurovégétatives le fait sursauter sur le divan :

"Non, pas ça, vous n'allez pas me faire ça".

La consigne de respiration met fin à l'angoisse et le malade replonge en quelques minutes dans une profonde détente.

Moi : "L'idée que M. S. pourrait se trouver dans la salle où vous vous relaxez vous a paru insupportable".

M. B. : "Ce n'était pas l'idée, il a vraiment été présent ... je vous en prie, vous n'allez pas me quitter".

Quelques minutes s'écoulent.

"Laissez-moi tranquille".

Je précise à nouveau le but et la technique du traitement et lui présente la scène une seconde fois :

"M. S. est dans la salle".

Une réaction aussi violente que la précédente se produit.

Avant la huitième séance

M. B. me téléphone une demi-heure avant la séance pour me demander d'interrompre le traitement. Je lui réponds que nous disposons d'une séance de 45 minutes pour discuter de ce problème.

Huitième séance

Elle commence selon le schéma habituel. M. B. a l'air détendu, du moins, il s'efforce de le paraître.

M. B. : "J'ai pratiqué la relaxation à la maison. J'ai essayé de me représenter M. S. dans ma chambre ... cela ne me fait plus rien ... je suis content ... Aujourd'hui, je n'aimerais faire que de la relaxation et, si possible, une hypnose. Je me sens bien".

Détente.

La présentation de la scène relative à M. S. ne provoque pas de réaction. J'incite M. B. à me décrire le tableau qu'il est en train d'imaginer. Il oppose une résistance et se tourne sur le divan, ajuste sa couverture, etc., il reste silencieux mais se montre de plus en plus angoissé.

M. B. : "Je n'arrive pas. Depuis la dernière séance, je n'ai pas pu y arriver. Ça me bloque. J'aimerais le tuer. Abominable individu".

Je répète ma suggestion et ne remarque aucune réaction. Je commence à lui décrire très en détails la présence de M. S. dans la salle, d'une voix monotone et sans me presser. L'angoisse de M. B. s'accroît visiblement. Il poursuit la description :

M. B. : "Il est grand, costaud, ancien boxeur, affreux, il sent l'alcool, mais vous le tenez à distance, il a peur de vous".

Il décrit ensuite l'aspect physique détaillé de l'homme avec une angoisse croissante.

Moi : "Vous le décrivez si bien que je crois le connaître".

M. B. : "Il est comme mon père. Exact".

Détente, reprise et fin.

Neuvième et dixième séances

Quatre présentations presque identiques de la même scène dans chacune des deux séances. L'angoisse diminue progressivement et ses réactions sont de plus en plus faibles. La dernière présentation n'entraîne aucune réaction neurovégétative. La détente est continue.

Avant la onzième séance

M. B. me téléphone de son domicile à nouveau une demi-heure avant la séance :

"J'aimerais vous voir pour discuter, mais pas dans la salle de relaxation. Il faut qu'on parle sérieusement".

Dès son arrivée à la séance, il exige fermement de se rendre dans mon bureau pour discuter :

"J'ai éprouvé durant la séance (7ème) une sensation d'étrangement à la gorge. M. S. m'a donné un terrible coup sur la nuque, il a d'ailleurs reculé quelque part, car il avait peur de vous.

Deuxièmement, j'ai vu triple : M. S., mon père et la mort, c'était terrible. J'aimerais que nous puissions voir M. S. en réalité, ensemble, et lui présenter mes excuses. Je crois que j'étais envoûté par lui".

Nous nous engageons par la suite dans un entretien très important et enrichissant, par lequel M. B. me décrit très précisément le désastre de son existence. Il me parle de son ambivalence vis-à-vis de sa mère, par rapport à son avenir et à la vie en général :

"Je ne connais rien, je vais en ville seulement en taxi.

J'ai peur de l'inconnu. J'ai trois choses dans ma vie : ma mère, la musique et l'angoisse. Tout me fait peur : la souffrance, le bon, le mal, la vie, les médicaments, tout. J'ai peur de sortir de la maison, mais rester à la maison c'est aussi insupportable. Pas de solution; 19 ans de traitement".

Je lui propose de préparer avec moi une liste de situations angoissantes. Un entretien de 2½ heures nous permet d'établir une liste de situations que je présente ci-dessous selon la hiérarchie d'anxiétés :

1. - Un changement de malade dans sa chambre de pavillon (chambre à trois lits).
2. - Marcher seul dans le corridor du pavillon où il est hospitalisé.
3. - Rester seul à la maison ou à la clinique (dans un chambre où il n'y a personne).
4. - Sortir seul, surtout la nuit.
5. - Se rendre de son domicile à la clinique, le soir.
6. - L'idée de sortir de chez lui pour effectuer des courses (il n'est pas entré dans un magasin et n'a rien acheté depuis 4 ans)
7. - Prendre le bus (et voir le visage du conducteur dans le rétroviseur).
8. - Etre dérangé dans une de ses activités obsessionnelles :
 - a) passer le pantalon
 - b) ajuster les habits qu'il porte
 - c) ne pas trouver immédiatement son porte-cigarettes dans la poche habituelle et devoir tâter toutes les autres poches de l'extérieur
 - d) faire un demi-tour quand il se mouche

- e) qu'on lui demande d'enlever ses lunettes noires
 - f) vérifier l'état des toilettes avant de s'asseoir
 - g) être bousculé dans une activité banale.
9. - Etre interrogé dans la rue, par une personne étrangère, sans pouvoir répondre :
- a) ne pas connaître la réponse
 - b) être interrogé dans une langue étrangère
 - c) oublier le mot qui convient
 - d) paraître ridicule aux yeux de l'interlocuteur.
10. - Etre dérangé par quelqu'un dans son appartement, surtout lorsqu'il se trouve au lit (il vit dans un studio avec sa mère).
11. - Partir de Genève seul, pour quelques jours, sans sa mère.
- Nous avons omis un bon nombre de situations que le malade a été absolument incapable de placer dans un ordre précis.

Onzième séance

Les épreuves 1, 2 et 3 sont présentées à deux reprises sans déclencher de réaction anxieuse.

Douzième à quatorzième séance

Je présente successivement les scènes 1, 2, 3, 4, 5 et 6. Une faible réaction anxieuse se manifeste à la 6ème séance.

Avant la quinzième séance

Au cours de sa dernière hospitalisation, pendant les vacances de son médecin traitant et peu avant son départ de la clinique, M. B. est examiné par une assistante-stagiaire, une jeune et très jolie femme de 23 ans. Un autre jour, M. B., ayant besoin d'un certificat médical, se rend dans le bureau du médecin. Le lendemain, il est très tendu, "très mal, angoissé, agressif, et demande une cure de sommeil ou sa sortie de la clinique".

Tenu au courant de ces derniers faits, je saisis à peu près la signification et la relation entre ces deux événements, bien que le malade ne m'en ait jamais parlé et que je ne l'aie jamais questionné à ce propos.

Il me téléphone peu avant la séance et m'annonce qu'il aimerait aller à l'Hôpital Cantonal pour une consultation ORL. Je lui conseille d'examiner ce problème avec le médecin du pavillon. (La stagiaire en question a obtenu son diplôme et travaille à l'Hôpital Cantonal en ORL).

Quinzième séance

Très tendu et angoissé, le malade parle beaucoup. Il m'entretient sur la transmission de pensée, la mort, la souffrance. Il aimerait abandonner le traitement, sortir de la clinique, etc.

A la consigne de respiration, il se détend péniblement. Se concentrant alors sur le poids, la détente s'installe progressivement.

M. B. : "Si je continue comme ça, je vais m'endormir".

Quelques minutes passent :

"Je m'endormirais vite si vous ne faisiez rien ... mais je me sens bien".

"Vous savez que Mlle M. (la stagiaire) travaille à l'Hôpital Cantonal ?".

Moi : "Mlle M. que vous avez connue lors de votre dernière hospitalisation ?".

M. B. : "Elle était si jolie ... je voulais lui dire qu'elle me plaisait et je n'ai pas pu".

Moi : "J'ai l'impression que vous voulez me raconter cette histoire".

Très profondément détendu, M. B. commence à me décrire la scène en détail. Il me fait part de sa conviction profonde d'avoir éprouvé "un désir sexuel violent, si puissant que je n'avais qu'une alternative, celle de l'embrasser ou celle de la tuer. Je crois que je lui ai fait du mal et que ma

force psychique aurait pu lui détruire les yeux, la tuer. Je pensais qu'elle était morte ou qu'elle avait déménagé, et j'ai appris, il y a deux jours, qu'elle se portait bien et qu'elle travaillait à l'Hôpital Cantonal, c'est insupportable".

Silence de plusieurs minutes.

M. B. : "Mon imagination est folle".

Moi : "Votre imagination vous permet de revivre encore une fois la scène qui vous a paru "folle" au moment où vous l'avez vécue".

Silence.

Moi : "Essayez de vous représenter cette situation et de me la décrire".

M. B. : "Je dois vous dire que je risque de devenir fou ..., mais si vous n'avez pas peur ... je n'arriverai pas ... à quoi ça sert ... j'ai été violent ... cela est insupportable".

L'angoisse augmente indubitablement. Il a des réactions neuro-végétatives très fortes, sa respiration devient courte et superficielle.

Consigne de respiration. Je le touche et l'enveloppe dans la couverture. Il se calme progressivement. M. B. commence à me relater sa rencontre avec la jolie stagiaire; il me décrit uniquement son comportement et ses mouvements sans me parler d'elle. Je lui fais part de cette observation et l'invite à me décrire la scène complète. L'angoisse croît. La respiration le calme au bout de quelques secondes. Il ne parvient pas à me décrire la situation et l'angoisse devient très importante.

Après une troisième tentative, je m'approche de lui, reprend la scène d'un ton serein avec le maximum de détails et sur la base de sa propre description. M. B. réintègre progressivement le cadre de la scène. Il est tendu et angoissé mais reste couché sur le divan, De temps en temps, je réajuste la couverture, je le touche. Il reprend et poursuit son récit, cette fois-ci dans tous ses détails. Il vit la scène et la présence de la troisième personne dans la salle de relaxation.

Il s'adresse à elle comme si elle se trouvait parmi nous et lui exprime, au présent, tout ce qu'il a ressenti à son égard. Je témoigne de ma présence dans le silence. Il termine le récit de la scène, calme et tranquille, puis s'adresse à moi.

M. B. : "Je suis navré, maintenant vous voyez que je suis fou".

Moi : "Vous m'avez fait part de vos sentiments, vos sentiments intimes. Et même si c'était pénible au départ, vous avez pu surmonter l'angoisse qui vous empêchait de revivre la scène".

M. B. : "Je ne sais pas comment vous avez fait, mais vous m'avez aidé à le faire".

Silence, il est parfaitement détendu.

"Je me sens très fatigué mais très content. J'ai perdu 2 ans. C'était rien du tout. Qu'est-ce que j'étais imbécile de m'écouter. Je pensais au pouvoir télépathique".

La séance se termine en silence, détendu.

Au colloque suivant, l'équipe soignante établit le nouveau plan thérapeutique :

- 1) M. B. continuera à travailler en atelier protégé à l'extérieur de la clinique.
- 2) Il suivra des cours de recyclage le soir, dans une institution spécialisée.
- 3) Nous allons tenter, en collaboration avec le patient et sa mère, de leur procurer de meilleures conditions de logement. (On ne peut pas envisager de séparer M. B. de sa mère pour le moment).
- 4) Nous allons essayer de l'intéresser à certains loisirs. Peut-être acceptera-t-il de passer des vacances loin de Genève, sans sa mère.
- 5) La distribution de l'équipe soignante demeure la suivante :
Je me charge du traitement de relaxation, transmets les résultats à l'équipe soignante et donne les directives dans la mesure du possible et s'il y a lieu.

Le médecin traitant prescrit les médicaments, lui accorde l'autorisation d'exercer des activités en pavillon.

L'assistante sociale collabore avec M. B. et sa mère pour résoudre le problème du déménagement.

Seizième séance

Présentation de la scène No 8. Profondément détendu, le malade éclate de rire.

M. B. : "Vous ne le savez peut-être pas, mais ce n'est plus un problème pour moi. Je ne le fais plus depuis quelque temps".

Après un long silence :

"Je ne le fais plus depuis que nous avons parlé ici à trois".

La 16ème séance est la dernière séance de traitement combiné, relaxation et déconditionnement. Je continue à suivre ce malade en relaxation. Le traitement est passionnant et l'évolution reste favorable, mais ceci n'entre plus dans le cadre de ce travail.

En résumé

Il s'agit d'un malade considéré comme chronique, menant une vie monotone et triste. Sa pathologie psychiatrique se traduit par l'absence de vie sociale, le manque de relation thérapeutique et la puissance de sa relation symbiotique avec la mère, éléments qui ont toujours été considérés comme connus et inchangeables.

Le traitement effectué a permis :

- une modification des symptômes du malade;
- une meilleure adaptation aux difficultés de la vie sociale;

- d'atténuer la relation symbiotique avec sa mère;
- a) d'établir une relation thérapeutique entre l'équipe soignante et le malade afin de l'aider sur un plan nouveau et différent;
- b) d'établir une relation psychothérapeutique utilisable dans la poursuite de la relaxation.

La relaxation seule est rapidement devenue pour M. B. un "bon objet à détruire" et aurait pu, avant l'introduction des séances de déconditionnement, être rejetée par le malade, étant incapable de remettre en question son système de statu quo.

L'échec des tentatives de psychothérapie verbale ont témoigné de la résistance de son système. Il fallait donc inventer un nouveau système de relation susceptible, en valorisant son narcissisme, de favoriser le réaménagement des mécanismes défensifs (modification de la symptomatologie), permettant ainsi de réinvestir son image corporelle - voire l'image d'un corps idéalisé - dans un environnement gratifiant où une remise en question ne bloque pas son désir de changement.

Je crois que le traitement ci-dessus énoncé a répondu à la fonction que je lui ai attribuée et satisfait aux critères précédemment mentionnés.

Cas clinique - Mademoiselle P.

Mademoiselle P. entre à la Clinique de Bel-Air pour une première hospitalisation en milieu psychiatrique le 20 mars 1975, munie d'un certificat d'entrée volontaire dont la teneur est la suivante :

"J'appuie la demande d'entrée volontaire de Mademoiselle P., 37 ans, pour une décompensation dépressivo-anxieuse avec manifestations hypocondriaques multiples chez une personne présentant une névrose de caractère. Idées suicidaires sans risque de passage à l'acte. Alcoolisme névrotique. Semble traîner un état dépressif depuis de nombreuses années avec une nette tendance à la somatisation (consulte de nombreux médecins, tous fatigués par ce cas). Echec du traitement psychiatrique ambulatoire".

Biographie

La famille de Mlle P. est allemande et vit en Allemagne de l'Est. Son père, né en 1899, travaille d'abord comme agriculteur, puis devient maire du village (de 1934 à 1945). Nazi, il est destitué par les communistes sans être poursuivi. Il s'engage alors dans une mine. Connue pour sa douceur, son abord affectueux et sa grande bonté, son caractère se transforme à la suite d'une fracture du crâne survenue en 1945, suivie d'une perte de connaissance de 2 semaines. Il boit beaucoup, finit par ne plus supporter l'alcool et devient très colérique.

Sa mère, née en 1915, est ménagère et devient aubergiste depuis l'accident de son mari. Elle frappe facilement sa fille, qui l'a toujours détestée mais qui lui pardonne à présent "car sa vie n'a pas toujours dû être très drôle".

Son premier frère, né en 1939, est marié. "Je ne comprends pas comment une femme peut l'apprécier, c'est un paysan". Son deuxième frère est né en 1946. Il travaille en tant que surveillant dans une usine. Il est également marié, père de deux enfants. "Excellent garçon, je l'ai pratiquement élevé".

Mlle P. est née en Saxe (Allemagne - fait actuellement partie de l'Allemagne de l'Est) en 1938. Le développement psycho-moteur ne présente aucune particularité. Sa petite enfance, passée dans le village où son père exerçait la fonction de maire, correspond à une période heureuse : "Tout le monde me gâtait parce que j'étais la fille du maire bien aimé". Mlle P. se souvient de l'arrivée des troupes américaines, puis

des Russes : "J'étais enfant, je ne comprenais rien".

Entrée à l'école à l'âge de 6 ans, elle suit les classes avec une grande facilité et passe son bac sans problème. Elle est très active, sportive et entretient de très bonnes relations avec ses camarades (surtout les garçons). Par la suite, elle rencontre de nombreuses difficultés pour entrer à l'Université, en raison du passé nazi de son père. Désireuse de faire soit de la médecine, soit du journalisme, soit du théâtre, on lui demande de travailler un an comme serveuse afin d'entrer ensuite à l'Université. Elle décide alors de tenter sa chance à l'Ouest et se rend à Frankfort, habite chez son oncle et travaille comme employée de commerce. Elle quitte l'Allemagne en 1963 et se rend en suisse. En 1964, elle s'installe à Genève.

Mlle P. ne reçoit aucune éducation sexuelle à la maison. mais connaît ces problèmes par des camarades. La ménarche apparaît à 13 ans et elle nie avoir particulièrement ressenti de moment. Dysménorrhéique d'emblée, elle s'évanouit à plusieurs reprises pendant ses menstruations. Elle a ses premières relations sexuelles à l'âge de 19 ans "avec un homme que je ne connaissais que de vue"; elle rompt après le 2ème rendez-vous. Elle investit très peu dans ses relations avec tous ses partenaires : "Je ne peux pas faire l'amour avec un homme qui ne m'est pas indifférent". Il lui arrive de se soûler pour se mettre hors d'état de coucher avec des hommes auxquels elle peut s'attacher. Elle n'éprouve jamais de plaisir dans ses rapports sexuels, mais, par contre, pratique la masturbation. Depuis son arrivée à Genève, elle vit pour la première fois avec un ami dans le même appartement. Le couple traverse une phase de ruptures et de réconciliations successives et rompt définitivement en 1974. La patiente déménage et n'a plus de relations sexuelles depuis.

Sa maladie débute, selon elle, "depuis que j'étais chez mon oncle à Frankfort; c'est le climat qui ne me convenait pas. C'est à ce moment qu'ont commencé mes ennuis". Soignée déjà à l'âge de 18 ans pour des névralgies faciales et pour des douleurs multiples, considérées d'après elle comme rhumatisques, elle est constamment en traitement, depuis, chez des généralistes, ORL et gynécologues. Mais sa thymie persiste : "J'avais encore suffisamment d'énergie pour pouvoir lutter là contre". La dépression débute à cette période et devient chronique en 1971. Très préoccupée par la crainte de perdre son travail sans retrouver une autre place, cette inquiétude se transforme rapidement en anxiété, puis en angoisse. Elle travaille beaucoup le soir, étudie la grammaire française et la sténographie. Très fatiguée au travail, elle a l'impression qu'on lui confie un emploi indigne d'elle (classement, etc.); elle travaillait à l'époque, dans une agence qui a dû fermer ses portes. Elle est très sensible à la mauvaise ambiance qui règne à son travail. Elle a l'impression que ses bras et ses jambes ne lui obéissent plus. Elle souffre de constipation,

perd 5 kg et se sent tous les jours de plus en plus lasse, épuisée par des céphalées continues : elle est "épuisée par les médicaments qui ne sont pas pour moi, mon médecin m'a envoyé en consultation chez différents spécialistes, mais j'étais toujours très malade".

Hospitalisée par son médecin à l'Hôpital Cantonal pour établir un bilan, elle n'y reste qu'une demi-journée. Envoyée chez un psychiatre qu'elle ne trouve pas assez gentil, elle ne prend pas les médicaments qui lui ont été prescrits (Limbitrol). Elle fait alors un épisode de "dédoublement", caractérisé surtout par des troubles visuels, une impossibilité d'écrire, une sensation de mort imminente. Elle consulte un autre médecin qui constate son intoxication par abus de calmants et d'analgésiques. Elle s'isole de plus en plus chez elle, craint de se lever, de se laver, de voir quelqu'un, n'a même plus la force de se faire à manger, se sent de plus en plus mal dans sa peau.

Hospitalisation

A son entrée en clinique, elle se présente extrêmement tendue et angoissée, se tortille sur sa chaise, dit sans cesse : "Mon Dieu, je deviens folle, ça y est". La symptomatologie dépressive est assez chargée : insomnie, anorexie, asthénie importante; humeur triste, mais sans idées mélancoliques; multiples traits obsessionnels et phobiques; comportement extrêmement démonstratif, parfois hyperséducteur, parfois agressif.

Face à cette décompensation grave, on décide immédiatement d'entreprendre une cure de détente. La patiente est aussitôt très centrée sur les effets secondaires de ce traitement (vertiges, fatigue) qui deviennent une nouvelle source d'inquiétude. Elle se présente comme une "boule de nerfs" et sur-saute au moindre bruit. Elle formule de nombreuses plaintes de caractère hypocondriaque. Je la vois pour la première fois, dans cet état, à la demande de son médecin de pavillon qui aimerait que j'examine la possibilité d'effectuer un traitement "corporel".

L'entretien que nous avons avec Mlle P. et son médecin traitant nous amènent à prendre en considération trois grandes catégories de problèmes :

- a) problèmes somatiques, à investiguer;
- b) problèmes relatifs à son état actuel;
- c) problèmes concernant le traitement.

a) Problèmes somatiques

- épisodes de pyélite à l'âge de 4, 7, 14 et 19 ans;
- une urographie intraveineuse, faite à l'âge de 14 ans, aurait révélé un double uretère à gauche;

- depuis de nombreuses années, épisodes de brûlures dans la région du méat urétral (infection urinaire, vaginite ?);
- aurait eu un ulcère gastrique ou duo énal à l'âge de 21 ans;
- depuis 1971, Mlle P. se plaint d'une pesanteur épigastrique avec un ballonnement;
- troubles moteurs du côlon descendant;
- épisodes de constipation avec spasmes abdominaux;
- céphalées;
- douleurs dentaires;
- cervicalgies avec irradiation dans les épaules et dans les membres supérieurs;
- faiblesse dans les membres inférieurs avec douleurs dans les articulations coxo-fémorales et dans les genoux.

Les investigations médicales pratiquées jusqu'à maintenant ont orienté les médecins vers deux diagnostics différents :

- colopathie fonctionnelle;
- infections urinaires dès son jeune âge, dont la cause est indéterminée.

Bien qu'il s'agit sans doute de problèmes fonctionnels, nous concluons qu'il est indispensable de terminer les investigations et de faire le bilan général. Notre interniste consultant sera chargé de superviser ce problème.

b) Problèmes relatifs à son état actuel

Il s'agit sans doute, au premier plan, d'un état dépressif profond. Un traitement pharmacologique antidépresseur paraît indiqué. Nous pensons déterminer la durée de son hospitalisation en fonction du traitement pharmacologique. Le problème de la prise en charge psychiatrique, cependant, nous semble très important, dès le début.

c) Problèmes concernant le traitement

Nous avons le sentiment que les problèmes psychologiques de Mlle P. sont en relation avec ce qu'on pourrait appeler le "syndrome de déracinement". En outre, nous mettons en évidence les multiples traits abandonniques, hystériques et obsessionnels.

Pour conclure, nous programmons un traitement antidépresseur avec la possibilité d'effectuer une psychothérapie de relaxation à la fin du traitement, afin que la patiente puisse assumer la sortie de cure et le traitement ambulatoire post-cure. Elle ne supporte pas la première perfusion de Laroxyl : paralysée, elle se voit mourir.

Premier entretien préliminaire

Elle se montre démonstrative et tendue. Tout va de plus en plus mal : elle est incapable de marcher et ne dort plus. L'effet sédatif des médicaments est ressenti comme une perte de contrôle, une angoisse de disparition, la mort. Elle demande une cure de sommeil, mais ajoute : "dormir c'est devenir dingue, j'ai peur de la folie".

J'ai l'impression de me trouver devant un "cercle fermé". La malade a accepté son hospitalisation dans l'espoir qu'on lui redonnerait un peu de force, de tonus pour "redémarrer", sans réaménagement important dans son économie psychique, "sans qu'on me touche". Elle considère sa maladie comme une faiblesse physique et non pas une souffrance psychologique. Son organisation abandonnico-narcissique l'empêche d'accepter une aide médicale "venant de l'extérieur", aide qu'elle considère comme mystérieusement dangereuse. Cependant, un réaménagement de son économie libidinale est important, s'il n'est indispensable, dans notre tentative de la sortir de son cercle maladif.

L'aide que je pourrais lui porter ne doit pas remettre en question son système de fonctionnement. Mon aide doit cependant être :

- suffisamment gratifiante pour ne pas être d'emblée rejetée par la malade (je dois pouvoir valoriser son narcissisme et le réinvestir par la suite);
- suffisamment efficace et thérapeutique.

Cela signifie que l'investissement narcissique ne doit pas être une simple démarche de gratification, mais aussi et surtout un réaménagement de son énergie psychique, permettant ainsi à la malade de trouver par elle-même la voie qui la conduira hors de l'impasse actuelle.

Dans cette optique, il est nécessaire de trouver un moyen d'action rapide et efficace pour que la modification, opérée, puisse servir d'ouverture sur l'inconscient et faciliter les phénomènes d'intégration. Une nouvelle distribution

de l'économie libidinale doit considérablement modifier les mécanismes de défense de la malade.

Deuxième entretien préliminaire

La malade me fait une parfaite démonstration de sa mégalomanie malade :

"Tout est mauvais en moi. Rien ne va plus. Le passé est malheureux. L'avenir c'est la souffrance. Je ne me supporte plus = je ne supporte plus la souffrance = je ne supporte plus l'idée de continuer à vivre. Vous, vous ne pouvez pas m'aider. Vous n'avez jamais souffert = vous ne connaissez pas ma maladie. Les investigations médicales sont négatives = vous ne me connaissez pas. Vous ne pouvez rien pour moi".

Troisième entretien préliminaire

Le rejet du traitement me paraît toujours violent, néanmoins, je décide de lui proposer de l'aide :

"D'après vous, vous ne pouvez pas vivre comme vous vivez maintenant, nous ne pouvons rien pour vous, mais je pense que vous avez encore un espoir".

Silence. Elle répond :

"Oui..Je pense que je voudrais être bien, mais je ne sais pas comment faire".

Je lui propose alors le traitement de déconditionnement dans le cadre de la relaxation, selon les principes décrits dans la "méthodologie".

Troisième et quatrième entretiens préliminaires

Elle me propose une liste impressionnante de situations phobiques, obsessionnelles, hystériques. Je n'ai retenu dans

ma liste que les situations que j'ai été capable de classer selon un ordre hiérarchique, en fonction d'une évaluation faite avec la patiente (les situations les moins redoutées sont énoncées au début de l'échelle).

1. - Sortir de la maison sans vérifier l'eau, le gaz, l'électricité.
2. - Se trouver au milieu de la foule dans la rue.
3. - Se trouver au milieu de la foule dans un magasin, loin de la fenêtre (évanouissement).
4. - Attendre dans un magasin ou dans une salle d'attente et sentir son corps s'affaiblir sans avoir la possibilité de recourir immédiatement à une aide médicale.
5. - Se trouver dans son appartement au milieu de la nuit (surtout dans la nuit du week-end), être affaiblie, sentir son corps se paralyser progressivement, vouloir crier sans espoir d'être entendue des voisins.
6. - Sentir son coeur s'arrêter.
7. - Etre défigurée par des névralgies faciales.
8. - Se faire griffer par un animal (chat, chien), avoir une infection sérieuse et sentir son corps se gangrener.
9. - Demander des caresses d'un homme.
10. - Perdre complètement le contrôle d'elle-même, devenir folle.
11. - Ne pouvoir ni manger, ni boire, et sentir une diminution progressive de ses fonctions vitales.
12. - Devoir renoncer à la vie active (se voir dans une chaise roulante, dans un asile de vieillards).

Première à quatrième séance

Au cours de ces quatre premières séances, nous nous concentrons sur la détente et la recherche d'une détente corporelle. Je lui donne la seule consigne de relaxation à l'aide de la respiration. Je manifeste ma présence, me montre patient

et gratifiant. Je garde le silence et décide d'adopter une attitude de "maintenance" passive.

Mlle P. parle de moins en moins. J'enveloppe son corps d'une couverture chaude. Elle expose ses plaintes avec moins de véhémence. J'interviens pour réajuster sa couverture ou son coussin.

A la quatrième séance, elle me dit :

"Ce n'est ni le sommeil, ni l'oubli, c'est très bizarre, c'est comme si j'attendais un événement quelconque".

A la fin de la séance :

Mlle P. : "Je crois que je pourrais supporter pas mal de trucs ici".

Moi : "Vous pensez peut-être au début des présentations de scènes angoissantes, comme nous l'avons prévu ?".

Mlle P. : "Je ne sais pas, je pense qu'ici je suis beaucoup plus forte".

Cinquième séance

Première séance de déconditionnement.

Bien détendue, je lui présente la scène No 5 et Mlle P., avant la fin, se trouve déjà assise sur le divan, très angoissée, tendue et excitée :

"J'ai mal partout, vous allez tout foutre en l'air. Ca recommence".

Consigne de respiration. Excellente détente. Fin de la séance.

Sixième séance (1e lendemain)

Mlle P., calme et détendue, introduit la séance :

"J'ai toujours eu peur de ce nouvel appartement. Quand je l'ai visité pour la première fois, il était occupé par une vieille dame sourde qui vivait là-dedans avec ses chats,

8 ou 9, je ne sais pas. L'appartement sentait mauvais. Dégoûtant. Les tuyaux dépassaient les murs, le plafond risquait de tomber. Affreux. J'ai mis une semaine, prise sur mes vacances, pour l'arranger. Sans succès. Affreux. Les tuyaux dépassaient comme avant. Je n'étais toujours pas bien dans cet appartement".

Présentation de la scène No 5. Très angoissée, la malade reste cependant couchée sous la couverture. Elle bouge beaucoup, se crispe, mais ne dit rien. La détente intervient après quelques minutes de respiration.

Deuxième présentation de la scène No 5. Elle s'efforce de respirer profondément et calmement, mais elle est de nouveau très tendue et toujours angoissée. Respiration et détente, fin de la séance.

Septième séance (le lendemain)

Les quatre présentations de la scène No 5 ne provoquent pas de manifestations anxieuses. La présentation de la scène No 6 ne produit aucune réaction.

Huitième séance

Nous reprenons les séances à raison de deux par semaine, comme prévu au début du traitement.

Cette séance durera 1 heure et demie. Le début se déroule normalement. Je constate que la détente est très bonne et le lui signale. Silence. Dix minutes passent, elle se met à bouger, s'enfonce sous la couverture et se met sur le côté droit (en me tournant le dos). Elle a l'air de s'endormir. Sa respiration est très profonde et régulière. Quelques minutes de silence. Mlle P. : "Je n'ai jamais aimé des appartements comme ça". Silence. Elle reste sur le côté droit et ne bouge plus.

Mlle P. : "Et comme j'ai peur. Atroce".

Silence.

"J'ai eu peur d'un bombardement, d'être détruite dans cette pièce sinistre. Atroce".

Elle recommence à bouger, puis se calme. Silence.

"Il y avait les Russes, les Américains, on ne sait jamais ...".

Elle se tourne vers moi.

"J'aimerais terminer, c'est trop. Cela me donne des maux de tête".

Elle se recouvre avec la couverture, sa respiration devient régulière, elle se détend.

Moi : "Je crois que vous aimeriez peut-être revivre cette scène si atroce qui est toujours présente dans votre esprit".

Même scénario. Quelques minutes s'écoulent :

Mlle P. : "C'était une pièce horrible, atroce, noire".

Silence.

"C'est la chambre de mes parents. Je suis petite, j'ai 5 ou 6 ans. Je suis seule ... il fait nuit ... le bombardement ... je ne sais pas ... pourquoi ils ne reviennent pas ... les Américains ...".

Elle recommence à bouger, angoissée. Nous reprenons la consigne de respiration, le calme revient.

Quelques instants plus tard :

Mlle P. : "Je ne vois pas ... il n'y a rien d'extraordinaire dans la chambre ... je ne vois rien".

Elle se remet à bouger.

Moi : "Décrivez-moi la pièce ... en détails".

Mlle P. : (décrit très lentement la chambre de ses parents).

"Mais c'est la porte qui m'intrigue".

Elle bouge, angoissée, et se retrouve assise. Je la réinstalle doucement sur le divan, la couvre avec la couverture et lui donne la consigne de respiration; le calme revient.

Mlle P. : "Mais la porte, la porte ... j'ai peur.

Qu'est-ce qu'il va m'arriver ?".

Elle poursuit en allemand.

"J'ai peur que la porte ne s'ouvre, les Russes,
les Américains, qu'est-ce qu'ils vont me faire ?".

Moi : "Vous appréhendez de voir quelqu'un ... qui donc ?".

Silence.

Mlle P. : "J'ai peur d'être battue". (En français).

Quelques minutes plus tard, en allemand :

"Si ma mère savait comme j'ai peur d'elle! Ils
apportent mon père sur le brancard ... elle va
me tuer ... c'est pas moi".

Elle pleure :

"C'est elle qui a tué mon père".

Mlle P. est debout à côté du divan, angoissée, pâle et tremblante.

Moi : "Vous avez eu très peur, remettez-vous sur le divan,
calmez-vous. Reprenez tranquillement la respiration.
Vous êtes ici en sécurité".

Elle se calme, mais elle n'arrête pas de pleurer.

Nous mettons fin à la séance qui a duré une heure et demie.
Je suis absolument épuisé. Mais je suis conscient du fait que
nous venons de vivre une situation déterminante pour elle.

Neuvième séance

Elle se détend facilement, la respiration est régulière.

Mlle P. sourit (cela m'étonne).

Mlle P. : "Vous pensez que j'étais folle vendredi" (séance précédente).

Moi : "Vous étiez très angoissée, mais pas folle".

Mlle P. : "Je n'ai jamais vécu quelque chose de si brutal ...
de si atroce. Affreux".

Moi : "Vous parlez de la séance de vendredi comme vous
m'aviez parlé avant de votre appartement".

Mlle P. : "C'est vrai, j'ai toujours porté ce petit appartement en moi. Cela depuis 26 ans. Bizarre".

Consigne de respiration, détente.

Pas de déconditionnement.

Extrait du dossier médical (avant la 10ème séance)

"Nous notons que ces préoccupations hypocondriaques sont vécues avec un certain détachement. Elle nous dit : "Ce sera toujours comme cela, et puis après ? Et finalement ce n'est pas une catastrophe". Actuellement, elle demande à travailler à plein temps. Elle me parle avec emphase de ses problèmes passés".

Son médecin traitant me demande si j'accepterais de suivre la malade à sa sortie de clinique.

Dixième séance

Mlle P. m'informe qu'elle va prochainement quitter la clinique. Elle est retournée plusieurs fois à la maison.

"Cela s'est bien passé. Il faut que me soigne encore, mais je vais déjà bien. Je ne fais plus de cauchemars. Je n'ai pas peur, c'est parti".

Puis, elle m'annonce qu'elle quittera la clinique le lendemain matin pour se rendre à Baden :

"J'avais déjà pris un engagement avant d'entrer à Bel-Air", dit-elle avec un certain sourire. Elle refuse de faire la séance d'aujourd'hui :

"J'ai si peu de temps pour me préparer".

Elle me téléphone de Baden, deux semaines après :

"Ça va, je crois que ça ira. J'ai trouvé quelqu'un. Ça va pas trop mal. Je lui ai dit que j'étais très maniaque et que j'ai séjourné à Bel-Air. Il ne me croit pas".

Dès son retour à Genève, elle me rend visite en forme. Elle retournera chez son médecin traitant, généraliste. "Je ne crois pas avoir besoin d'un psychiatre", me dit-elle. Je la quitte sans donner de réponse à cette question.

En résumé

La huitième séance est indiscutablement la plus importante, puisqu'elle a permis à la malade de revivre la scène primitive dans une atmosphère de détente thérapeutique. En analysant cette scène, je remarque que la levée du refoulement a facilité le passage dans le conscient des pulsions refoulées ou leurs dérivés. Ce processus a favorisé la réapparition d'un matériel fantasmatique en rapport avec l'angoisse conflictuelle. Avant d'atteindre ce point crucial, d'autre part, je pense que les séances de désensibilisation ont nettement contribué à faire réapparaître le désir de réinvestissement.

Je n'ai pas la prétention d'évaluer le pronostic d'évolution de la maladie. Je tiens cependant à rappeler que la séance No 8 a marqué le point décisif du traitement, et à relever que les symptômes ont disparu immédiatement à la suite et en relation avec le traitement.

Cas clinique - Monsieur Y.

Jeune homme de 26 ans, Monsieur Y. est hospitalisé en milieu psychiatrique pour la première fois le 10 juin 1975, envoyé par son médecin traitant à la suite de menaces suicidaires. Il est suivi depuis l'âge de 6 ans.

Né à Genève, il est l'aîné de deux garçons. Grossesse, accouchement et développement psycho-moteur se déroulent normalement. L'enfant est nerveux, agité, il présente dès le départ des difficultés scolaires. Il n'a pas de contacts avec ses camarades. Au prix d'un énorme effort fourni par toute la famille, il suit l'école tant bien que mal. Il double une classe, fait deux ans de collège moderne et un bref apprentissage dans une maison de transport. A 21 ans, il échoue deux fois aux examens de fin d'apprentissage. Il fait son école de recrues sans beaucoup de problèmes.

Mais à la maison, il en pose beaucoup. Il "demande trop", dit sa mère. A l'extérieur, il se montre assez renfermé, évite tout contact avec ses camarades. Son médecin traitant, qui le suit depuis l'âge de 6 ans, conseille sa famille. Il demande au malade de prouver qu'il est capable de se débrouiller seul. M. Y. fait un effort intense, il s'engage dans une maison d'assurances, vit seul dans un studio, mais revient régulièrement à la maison et passe des week-end à discuter avec ses parents de ses difficultés croissantes. Il travaille également le soir, n'osant pas effectuer certaines tâches devant ses collègues.

On lui offre un poste intéressant dans une autre ville. Il travaille de nouveau intensément, apprend l'allemand avec une collègue, se croit surveillé, pense qu'on veut se débarrasser de lui. Il a également l'impression que quelqu'un lui envoie des rayons laser pour détruire son cerveau, qu'on empoisonne sa nourriture. Il est convaincu de l'absurdité de ses idées, mais il ne peut s'en défaire. Son médecin traitant nous signale que ses troubles phobiques ont commencé à se préciser il y a trois ans (à l'âge de 22 ans). M. Y. doit se convaincre à tout moment que les robinets sont fermés, que l'électricité est éteinte, que les toilettes sont propres, de peur d'une catastrophe, et il s'épuise dans des vérifications incessantes qui engendrent le doute. De même, au travail, il est paniqué à l'idée d'être observé, il va prier plusieurs fois par jour dans les toilettes pour s'en sortir, met de l'ordre sur les bureaux de ses collègues lorsqu'ils sont partis, retourne travailler le soir pour avancer les tâches que le maintien de la façade l'a empêché d'effectuer. Le souci de la tenue, de paraître, compte plus que toute chose, ce qui exige un effort constant. Epuisé, il échoue au travail. Il retourne chez ses parents, complètement désespéré, et c'est là qu'apparaissent

les idées suicidaires qui motivent son hospitalisation.

Son médecin de pavillon fait la description suivante :

"On a un très bon contact apparent avec le malade. Il est même obséquieux, semble collaborer, mais nous noie rapidement dans un flot verbal ininterrompu, vide de sens, avec fuite des idées, un moyen de lutter contre l'angoisse. Il essaie, par un effort de volonté, de combattre ses idées dépressives de dévalorisation perpétuelle. Il supporte mal un entretien, devient agressif et prétend avoir envie de gifler certaines personnes. Souvent pris de crises de larmes, il exprime des idées suicidaires. Acculé par cette angoisse, nous décidons d'entreprendre une cure de sommeil".

C'est à ce stade-là que l'on me propose de prendre ce patient en relaxation.

Entretien préliminaire

Je lui explique le but du traitement en mettant l'accent sur la découverte de son corps et sur la réconciliation entre son anxiété psychique et son vécu corporel. M. Y. me répond :

"C'est très bien, c'est absolument ce qui me manque le plus", et commence par me décrire sa famille.

Sa mère est une femme autoritaire, hyperprotectrice et domine les trois hommes de la famille. Elle aurait fait de fréquents éclats à la maison et manipulé son mari par des chantages au suicide. Le malade reproche à sa mère de l'avoir empêché de s'épanouir par son amour tyrannique. Il est le chouchou de la famille. Le père prend le parti de la mère "par crainte", et demande que l'on ménage sa femme parce qu'elle est folle. Le malade considère son père comme un être faible, dominé par sa femme. Il lui reproche son échec dans la réussite sociale, de n'avoir pas su exploiter des situations favorables. Il parle très peu de son frère : "Mon frère, on l'a laissé se débrouiller seul, il s'en est mieux sorti".

Il est difficile de s'entretenir avec le malade qui oriente la conversation à sa manière habituelle : il fournit son anamnèse en parlant essentiellement, si ce n'est exclusivement, de son entourage. A la fin de l'entretien, je lui

propose de faire une courte séance de relaxation. Le malade parvient rapidement à une détente flasque, en suivant la consigne de respiration.

L'entretien terminé, je m'interroge sur la manière dont j'envisage de conduire le traitement. Le cas me paraît très grave. Son diagnostic m'intéresse peu, mais j'ai l'impression qu'il est très chargé. La rationalisation permanente, la pensée obsessionnelle, la grande labilité thymique, la vie fantasmatique pauvre, surtout dans la sphère agressive, me semblent représenter des difficultés importantes pour la relaxation. Ces éléments ont également empêché de mener à bien une psychothérapie verbale que le malade prétend suivre depuis 20 ans environ. Par contre, son anxiété évidente, ses manifestations physiques d'une angoisse profonde (angoisse de morcellement, sans doute) me paraissent être des aspects favorables à une relaxation, dans laquelle la remise en question n'est pas immédiate et par laquelle le vécu corporel est susceptible d'être valorisé et pourrait devenir le point d'attache - le moyen d'entrer dans une relation transférentielle.

Enfin, je trouve ce malade très sympathique, même si son cas me paraît grave. Je pense éprouver des motivations suffisantes pour pouvoir l'aider. Je conviens avec son médecin de ne pas intervenir dans son traitement pavillonnaire et de rester à sa disposition exclusivement pour les séances de relaxation.

Neuf premières séances

Je le prends en charge dès la fin de la cure de sommeil, à raison de 3 séances par semaine. Au cours des neuf séances de relaxation, l'état de détente est obtenu par l'introduction des consignes générales suivantes : respiration, poids, chaleur.

Au début, M. Y. parle sans interruption : il me décrit en détail son traitement pavillonnaire, me parle de ses parents, de ses vacances, etc. Je reçois ses informations sans lui ré-

pondre et maintiens une attitude de présence active et silencieuse, sans intervenir.

A la 4ème séance déjà, il ne me dit plus un seul mot. C'est très dur pour lui, surtout au début. Il ne me dit jamais qu'il est fâché contre moi, mais il me donne cette impression. Il bouge beaucoup, prend des objets dans sa main, regarde attentivement le plafond ou me fixe de son regard. J'essaie d'être le plus détendu possible, et je crois que cela a réussi. Je suis là pour le détendre et il le sent bien.

Dixième séance

Il s'agit de la première séance à l'extérieur du pavillon où il est hospitalisé et dans lequel il vient de terminer sa cure de sommeil.

Respiration, détente, silence de quelques minutes.

M. Y. : "Je me sens bien (c'est la première fois qu'il me parle de lui-même) ... je me suis détendu ... je ne pense à rien ... c'est génial".

Silence.

M. Y. : "Qu'est-ce que vous pensez ?", me demande-t-il brusquement.

Moi : "Je pense que vous vous sentez bien en essayant de penser à votre corps détendu".

M. Y. : "Je ne suis pas détendu, je suis absent, je voyage, je ne suis pas là où je dois être".

Moi : "A quoi faites-vous allusion ?"

M. Y. : "C'est du gaspillage, c'est du temps perdu, du moins pour vous, je ne peux pas passer ma vie en ne faisant rien, je dois penser à mes problèmes. Mais je ne peux pas, je suis fatigué, épuisé, j'en ai assez ... je n'arrive pas à tout contrôler, à tout vérifier, cela me panique".

Après un long silence dans une bonne détente, je contrôle ses membres.

Moi : "Restez dans cet état de détente, vous avez fait une bonne relaxation".

M. Y. : "Je ne sais pas quoi faire. Si au moins je pouvais rester tout le temps comme ça".

A la fin de la séance, je lui demande d'essayer de faire la relaxation dans sa chambre au pavillon, le soir. Reprise, fin.

Au pavillon, il se porte de nouveau moins bien. Il sort passer le week-end à la maison et revient paniqué, angoissé. Il reçoit une injection de Valium (il est toujours sous traitement anxiolitique et antidépresseur). Ses vérifications deviennent constantes. Il parle de suicide. Le risque suicidaire étant important, son médecin le transfère en pavillon fermé. Son traitement est changé : il prend des neuroleptiques (Orap et Nozinan).

Une demi-heure avant la séance suivante, il demande à l'infirmière de me téléphoner pour me signaler son changement de pavillon.

Onzième séance

Au début, il se montre très tendu et angoissé, et me communique son envie de se suicider, "tellement je suis obsédé par mes idées". Les consignes de poids et de respiration le détendent en quelques minutes.

M. Y. : "Je suis obsédé, vous le savez", sur un ton agressif, "Il faudrait prévoir des solutions efficaces pour que ce genre de situation ne me tue pas irrémédiablement". (Je n'ai jamais parlé avec sa mère, mais je l'imaginai très bien me dire ça).

Moi : "Vous vous sentez menacé par un danger, si vous me le décriviez!".

M. Y. se met à parler pendant une demi-heure environ. Je le préviens que je prends des notes et lui explique que j'aimerais déterminer de manière précise l'importance de son angoisse.

Après une bonne reprise et une séance très particulière, dé-tendu, il me demande ce que je compte faire de mes notes. Je lui réponds que je vais les étudier, les classer selon une méthode déterminée et que nous en discuterons à la prochaine séance. Visiblement très angoissé, j'ajoute alors que s'il le désire, nous pouvons effectuer ce travail ensemble lors de la prochaine séance. Il me quitte en me remerciant.

Douzième séance

Dans sa chambre, nous travaillons la liste des situations anxiogènes que nous disposons selon l'ordre hiérarchique présenté ci-dessous. A noter que durant toute la préparation de cette liste, le malade est très anxieux, même angoissé. Il fixe mon stylo avec ses yeux et parle peu. Le travail terminé, il me dit :

"Angoissé, vous savez, je le suis toujours, mais je suis vraiment fou dans les situations que vous avez notées".

Voici la liste des stimuli anxiogènes :

1. - Ne pas pouvoir vérifier les robinets au moins trois fois.
2. - Sortir de la chambre en laissant la lumière allumée.
3. - Sortir du pavillon.
4. - Ne pas pouvoir se laver les mains après chaque activité.
5. - Ne pas pouvoir vérifier le soir si toutes les portes du pavillon sont fermées. Vérifier au moins trois fois.
6. - Marcher sur un sol grinçant.
7. - Se rendre à la salle à manger et constater que sa place est occupée.
8. - Etre pris par la toux à table.
9. - Toucher un malade qui se promène, comme lui, dans le corridor.
10. - Que l'infirmier trouve ses vêtements sales et mal rangés sur sa chaise.

11. - Voir quelque chose et ne pas tout savoir sur cette chose (prenons l'exemple d'un briquet : à qui appartient-il, est-il vide, etc. ?).
12. - Sortir avec les autres malades à la cafétéria.
13. - Participer au colloque pavillonnaire.
14. - Se trouver à la maison au moment où les parents se disputent.
15. - Passer un examen psychologique, obtenir le résultat "débile" et me suicider.

A la séance suivante, je me rends au pavillon et apprend que M. Y. est sorti avec les autres malades et qu'il a été invité à boire à la cafétéria par une infirmière. Je quitte le pavillon sans l'attendre.

Treizième séance

Arrivé au pavillon, je l'aperçois en train de m'attendre devant la porte :

"Je m'excuse pour mardi, mais c'était la 13ème séance.

Vous savez ...".

Dans sa chambre, où nous effectuons le traitement, je lui explique le but et les modalités pratiques de la désensibilisation systématique. Il écoute attentivement, puis me dit :

"De toute façon, je ne vis que la peur, la panique, et ça ne va toujours pas, mais si vous pensez que cela doit donner quelque chose, on verra bien, j'aimerais bien aller mieux".

Nous commençons par la consigne de respiration. Une bonne détente s'installe progressivement. Je lui présente la scène No 1. Pas de réaction immédiate. Quelques secondes après la fin de la présentation :

"Vous n'allez pas me faire ça, qu'est-ce qu'on va dire de moi ?".

Une angoisse très violente le fait littéralement sursauter. Il manifeste une très vive réaction neurovégétative. La consigne de respiration calme son angoisse au bout de quelques minutes seulement. La détente s'ensuit. Il me dit spontanément :

"Je suis prêt, on peut recommencer".

Deuxième présentation.

Cette fois-ci, la réaction est immédiate et aussi violente que la précédente. La même consigne de respiration entraîne une détente plus rapide et plus profonde que la première. La séance prend fin.

Quatorzième à dix-huitième séance

Nous poursuivons à raison de deux séances par semaine. A chacune d'entre elles, je présente 2 ou 3 situations anxiogènes. Nous observons une diminution des réactions anxieuses répondant aux présentations des scènes redoutées. Au cours des 4 séances de relaxation avec déconditionnement, il subit les épreuves 1, 2, 3 et 4. On note très peu d'amélioration dans son comportement au pavillon. Toujours hospitalisé en pavillon fermé, il est actuellement traité à l'Insuline (chocs humides). A la demande du patient, les 19ème et 20ème séances consisteront en une seule relaxation.

Dix-neuvième séance

Je note uniquement ce qui me paraît important.

M. Y. : "Vous voyez, je suis un type qui n'est pas mauvais, mais je ne me vois pas comme je suis, je me vois comme on me critique ... Et vous, vous me donnez confiance quand je respire ici, je me sens vivant complètement ... Et même quand vous m'angoissez, je peux le supporter. C'est bizarre ... J'ai tellement peu confiance en moi que je me fixe perpétuellement des délais".

Après un long silence.

Moi : "Nous sommes ici pour combattre votre maladie. Nous utilisons le traitement que j'ai choisi pour vous et que vous avez accepté".

M. Y. : "Mais ma maladie c'est comme la famille, je ne peux pas vivre sans elle".

Moi : "Vous parlez de votre maladie comme si tout en vous était malade. Mais lorsque vous êtes détendu comme maintenant, vous vivez différemment et de manière plus complète. Vous me parlez de problèmes qui vous angoissent habituellement quand vous les affrontez en dehors de nos séances, mais, en ce moment même, vous n'êtes pas si fortement angoissé".

M. Y. : "Non, je ne le suis pas du tout".

Vingtième séance

La veille, M. Y. est allé avec les autres patients dans le domaine de la clinique. Voulant acheter un journal, il a perdu de vue ses collègues. Pensant qu'ils s'étaient rendus au Foyer du Personnel, il en fait de même mais ne trouve personne. Il rentre directement au pavillon et annonce aux infirmiers qu'il se sent très mal et qu'il aimerait voir son médecin. Après l'entretien, on lui administre un tranquillisant.

Vingt et unième séance

Il se présente tendu, angoissé et inhibé. Il dit qu'on le considère inguérissable au pavillon. Il ne veut plus être soigné et veut mourir. Je me tiens à côté de lui dans le silence pendant un quart d'heure.

M. Y. : "Je vais reprendre la respiration, cela me convient mieux que la lourdeur quand je suis angoissé".

Je le contrôle, il est détendu. Il me décrit ensuite sa visite au Foyer. La séance est terminée.

Je me pose la question suivante. Le traitement de déconditionnement se déroule comme prévu, mais n'apporte pas beaucoup de changements sur le plan clinique. Pourquoi ? La réponse me paraît se situer au niveau des stimuli anxiogènes qui correspondent à des situations tout à fait réelles mais qui sont plus ou moins suggérées en fonction du patient. Cela signifie que le choix et la manière dont je présente les stimuli dépend du type de pathologie manifesté par le malade en fonction d'une situation donnée. Je dois donc attacher une grande importance à la signification symbolique de la scène en restant le plus près possible de la réalité, tout en tenant compte de l'état du malade.

Vingt-deuxième séance

Le début se déroule selon l'habitude. Je demande au malade de se représenter sa visite au Foyer et de me la décrire de manière très détaillée dès le départ. Pas d'angoisse. Je modifie ma demande et le force à me suivre :

"A présent, nous nous rendons ensemble au Foyer, décrivez-moi tout ce qui se passe".

Il exécute ma demande, mais dès l'instant où nous devons sortir du pavillon (toujours dans l'imaginaire), les détails de sa description deviennent de moins en moins convaincants. Je l'invite à refaire le trajet dès le départ. Cette fois-ci, il me fournit davantage de détails vivants" : il me décrit les malades que nous voyons au passage, des infirmiers, le temps qu'il fait dehors, etc. Je crois effectivement que "nous sommes dans la situation". Angoisse, réactions neuro-végétatives importantes. Suite aux consignes de respiration et de poids, la détente réapparaît.

Nous reprenons le même trajet. Cette fois-ci, une légère réaction d'anxiété accompagne le moment où "nous entrons au Foyer". Il me décrit les objets avec beaucoup de détails. L'angoisse est toujours inexistante.

Moi : "Nous sommes ensemble au Foyer. Vous vérifiez les choses que vous avez touchées il y a trois jours. Mais rien ne correspond à votre description. Tout est démolì, les tiroirs de l'armoire jetés par terre. La pièce est remplie de saleté, elle a été complètement démolie. La porte s'ouvre, deux policiers entrent et nous demandent si nous connaissons l'auteur de ce spectacle. Ils nous interrogent, vous le premier".

Le récit de cette scène est accompagné d'une angoisse croissante chez le malade. A la fin de mon discours, le malade se trouve assis, les yeux exorbités d'angoisse, respirant très rapidement. Je le tiens par la main, il s'accroche à moi en répétant : "Non, non".

M. Y. : "Je ne peux plus, c'est fini, je vous en supplie, aidez-moi".

Je le réinstalle sur le divan, le couvre d'une couverture et lui demande de se concentrer sur sa respiration et sur son rythme cardiaque. Il se détend lentement mais profondément. Quelques instants après, la séance (qui dure depuis 45 minutes) se termine par la reprise.

Vingt-troisième séance

Je présente deux fois la même scène. A la première présentation, sa réaction est très importante mais moins violente que lors de la 22ème séance. A la deuxième, le malade reste couché et manifeste une petite réaction d'anxiété, surtout sur le plan neurovégétatif. Cette réaction est très bien et très rapidement calmée par les consignes de relaxation. Fin de la séance.

Son médecin traitant me demande un entretien à la suite de cette séance. Il m'annonce que M. Y. va beaucoup mieux. Il n'a pratiquement plus de comportement de vérification, il est nettement moins angoissé, plus sociable, plus ouvert. Il a presque abandonné ses maniaqueries vestimentaires et son comportement obsessionnel (robinets, lumière, etc.). Je suis très content et très surpris à la fois. Est-il possible que deux séances, bien que très importantes, aient tant modifié son comportement ?

Vingt-quatrième séance

Début habituel. Je lui présente successivement et de façon très suggestive les scènes 7, 8 et 9, sans réaction de sa part.

M. Y. : "C'est fini ? (en souriant). Vous m'avez donné beaucoup de courage".

Moi : "Vous vous sentez mieux, beaucoup mieux, c'est ça ?".

M. Y. : "Je crois que j'ai fini avec mes manies".

Depuis, nous poursuivons le traitement de relaxation exclusivement. L'état de M. Y. s'est amélioré. L'angoisse d'un doute perpétuel persiste cependant. Il retrouve petit à petit son autonomie, mais nous décidons d'un commun accord de continuer ensemble la relaxation. "Je découvre mon corps, mes désirs", me dit-il.

Bien que je sache que son amélioration demeure très fragile, je n'envisage pas, pour le moment, de traitement par la désensibilisation.

En résumé

Le traitement de M. Y. est pour moi le plus dramatique des quatre cas présentés. L'angoisse manifestée par ce patient

à la présentation de la scène anxiogène a été si violente, et très spectaculaire par ailleurs, qu'elle est à peine descriptible.

Le malade souffre depuis plusieurs années et suit un traitement depuis longtemps. La relaxation utilisée isolément avant la désensibilisation n'a produit aucune amélioration clinique. Combinée à la désensibilisation systématique, la relaxation nous a permis, par la disparition (probablement passagère) des troubles liés à la présentation des situations anxiogènes, d'établir une relation psychothérapeutique authentique et de garantir, je le crois, la poursuite d'un traitement.

Depuis utilisation de la désensibilisation, le malade éprouve beaucoup moins d'anxiété face aux situations phobiques, mais ressent toutefois une anxiété diffuse. Cette dernière est mieux supportée et mieux contrôlée par le malade qui commence à reprendre confiance en lui-même. Bien qu'émettant des réserves quant à son pronostic, je poursuis son traitement.

3. CONCLUSION

J'ai examiné, dans ce travail, la possibilité d'introduire le traitement de désensibilisation systématique dans le cadre de la psychothérapie de relaxation et me suis fixé deux objectifs :

1. étudier et présenter certains aspects théoriques du problème;
2. vérifier cette hypothèse dans la pratique.

Dans la partie théorique, j'ai résumé la technique de désensibilisation systématique et j'ai souligné, ensuite, quelques aspects de la relaxation sur le plan psychodynamique. Puis, j'ai développé trois questions que je résume ci-après :

1) Existe-t-il une relation entre le mécanisme psychopathologique d'un trouble mental, par exemple une phobie, et une action spécifique de traitement par la désensibilisation systématique ?

J'ai donné un aperçu sur l'analyse des conduites pathologiques de la névrose phobique en terme behavioriste et j'ai souligné les éléments spécifiques de traitement par la désensibilisation systématique tels que :

- la hiérarchie des stimuli
- la suppression des conduites d'évitement par l'extinction, le contre-conditionnement, l'habitation, l'immunisation à l'anxiété.

2) La relaxation musculaire est-elle indispensable dans le processus de désensibilisation systématique ?

J'ai présenté quelques caractéristiques neurophysiologiques de l'état de détente qui est un état spécifique de la relaxation, en mentionnant quelques auteurs connus.

3) La psychothérapie de relaxation permettrait-elle d'assumer les deux rôles apparemment différents à savoir :

- la prise en charge psychothérapique du malade;
- l'introduction dans le même cadre de notions de déconditionnement.

J'ai cité les différentes techniques connues et reconnues et tenté d'élaborer le problème sur le plan des difficultés que peut poser ce traitement au thérapeute, aux malades et quant au processus transférentiel.

J'ai conclu la partie théorique par l'exposé d'une méthodologie des traitements à envisager, méthodologie fondée sur les conclusions ressortant de cette étude théorique.

Dans la deuxième partie de la thèse, j'ai présenté des traitements de malades suivis par moi-même. Avec ces exemples, j'espère avoir relevé les problèmes spécifiques à ce traitement combiné.

1. La relaxation en tant que cadre thérapeutique

"On dit souvent, d'ailleurs avec raison, que les méthodes de relaxation (SCHULTZ, JACOBSON) utilisent surtout l'effet physiologique de l'entraînement par des moyens d'auto-suggestion ou d'hétéro-suggestion, par contraste à J. de AJURIAGUERRA qui utilise surtout les résistances, les difficultés et les défenses impliquées dans un tel entraînement. C'est exact. Mais nous préférons dire : la méthode de J. de AJURIAGUERRA utilise à fond le vécu corporel, la relation, en un mot le dialogue tonique" (Antoinette PICOT et Daisy DE SAUGY).

A. PICOT poursuit :

"L'essentiel de la méthode de J. de AJURIAGUERRA déborde infiniment la technique de relaxation elle-même".

Je suis tenté d'ajouter, par mon expérience, que cette méthode me permet également de considérer la relaxation comme cadre thérapeutique pour introduire, au moment opportun, des séances

de déconditionnement. Les consignes de relaxation ont été utilisées comme réponses antagonistes de l'anxiété. Les séances de déconditionnement se sont déroulées selon la méthode de la désensibilisation systématique exposée par WOLPE, avec pour seule modification le fait d'avoir pratiqué la technique de déconditionnement dans le cadre de la relaxation.

2. La relation thérapeutique

Les entretiens préliminaires me permettaient déjà de relever trois facteurs très importants :

- 1° une motivation bonne et réciproque;
- 2° la possibilité de délimiter le traitement;
- 3° une alliance thérapeutique solide entre le patient et le thérapeute.

1° Une bonne motivation du patient implique que ce dernier présente une disposition active aux changements intérieurs. Cette motivation s'est souvent manifestée par sa demande personnelle et directe d'entreprendre le traitement ou par le désir implicite exprimé par lui lors de l'entretien préliminaire. Il me semble que l'influence de circonstances extérieures au patient - la bonne motivation du thérapeute, par exemple - renforce généralement la motivation du patient. (Personnellement, je me suis servi de tous les atouts dont je disposais pour que le traitement réussisse).

2° Le deuxième point important consiste à restreindre le traitement à une participation mutuelle : le patient fait part de ses préoccupations, pensées, réactions, sentiments, et le thérapeute manifeste sa compréhension de la souffrance du malade et sa volonté d'améliorer son état. J'ai toujours évité d'interpréter la relation, mais j'ai cherché à utiliser la relaxation comme un objet transitionnel en respectant la théorie de WINNICOTT :

"L'objet transitionnel apporte à tout être humain quelque chose qui reste toujours important pour lui, à savoir un champ neutre d'expérience qui ne sera pas contesté".

J'ai tenté d'amener le patient à se sentir bien dans son corps, de ramener tous les conflits qui ont surgi dans le déconditionnement à un problème de relaxation, en établissant la pont entre la souffrance provoquée par la désensibilisation et le désir, l'espoir d'une amélioration.

3^o L'alliance thérapeutique est une condition sine qua non pour la coopération entre le thérapeute et le patient.

3. La fin du traitement

Nous avons toujours admis, les patients et moi-même, que le traitement était limité dans le temps. Bien que le nombre de séances n'ait jamais été fixé d'avance, la préparation en commun d'une liste de stimuli anxiogènes et le rythme du traitement permettaient aux patients de déterminer approximativement la fin de la thérapie. La fin du traitement varie bien entendu selon la personnalité du patient et ses possibilités d'évolution. Elle dépend également du fait d'avoir atteint ou non les buts assignés au départ - diminution de l'angoisse, disparition des symptômes, meilleure adaptation aux difficultés de tous les jours.

Nous avons toujours établi un bilan des réussites et des échecs avec le patient. J'ai le sentiment que les malades ont appris à mieux comprendre leurs propres difficultés à travers la thérapie.

Sans prétendre avoir traité de manière exhaustive le sujet de cette thèse que j'ai volontairement délimité, je pense que cette première approche offre la possibilité d'approfondir cette recherche et d'élargir son champ d'investigation.

B I B L I O G R A P H I E

- 1 - ABELY, P., RICARDEAU, J. (1966)
A propos des méthodes de conditionnement chez les
malades mentaux. Ann. Med. Psychol. 124, 1, no4,
p. 489-517.
- 2 - ABOULKER, P., CHERTOK, M., SAPIR, M. (1958) - (4e ed. 1971)
La relaxation. Aspects théoriques et pratiques.
Ed. Expansion Scient. Franç., Paris, 98 p.
- 3 - AGRAS, W.S., LEITENBERG, H., BARLOW, D.H. (1971)
Relaxation in systematic desensitization. Arch. Gen.
Psychiat. 25 no 6, p. 511-514.
- 4 - AJURIAGUERRA, J. et GARCIA BADARACO, J. (1953)
Les thérapeutiques de relaxation en médecine psycho-
somatique. Presse Med. 61, no 15, p. 316-320
- 5 - AJURIAGUERRA, J., CAHEN, M. (1960)
Tonus corporel et relation avec autrui.
L'expérience tonique au cours de la relaxation.
Rev. Med. Psychosomat. no 2, p. 89-124.
- 6 - AJURIAGUERRA, J. (1971)
L'enfant et son corps. Inform. Psychiat. 47, no 5,
p. 391-402.
- 7 - ANZIEU, D. (1974)
"Le moi peau". Le dehors et le dedans. Nouv. Rev. de
psychanalyse. no 9, p. 195-208.
- 8 - BAER, R. et KAMMERER, T. (1969)
La pratique du training autogène en groupe. Med. et
Hyg. 27, no 882. p. 926-927.
- 9 - BARBER, Th. X., SPANOS, N.P., DE MOOR, W. (1973)
Hypnosis and behavior therapy : common denominators.
Amer. J. Clin. Hypnosis 16, no 1, p. 45-64.
- 10 - BARLOW, D.H., LEITENBERG, H., AGRAS, W.S., WINCZE, J.P. (1969)
The transfer gap in systematic desensitization. An analogue
study. Behav. Res. Ther. 7, no2, p. 191-196.
- 11 - BENOIT, J.C., BERTA, M. (1973)
L'activation psychothérapique. Ed. Ch. DESSART 350 p.
- 12 - BECK, D. (1976)
Le foyer et sa détermination. Symposium sur les psycho-
thérapies analytiques brèves. Lausanne 1976

- 13 - BERTHAUD, G., GIBELLO, B. (1972)
Schéma corporel et image du corps. *Perspect. Psychiat.*
réédition no 29.
- 14 - BINSWANGER, L. (1960)
Applications du training autogène à des affections
psychosomatiques. *Rev. Med. Psychosomat.* no 2,
p. 169-171.
- 15 - BURGER, A.J. (1957)
La relaxation, la psychothérapie et le problème des
névroses dans l'oeuvre de J.H. SCHULTZ. *Evol. Psychiat.*
no 1, p. 163-173.
- 16 - CAHN, R. (1960)
Transfert et contre transfert dans le training autogène.
Med. Psychosomat. no 2, p. 173-175.
- 17 - CANET, C., FEDIDA, P. et PHILIBERT, R. (1971)
Réflexions sur la relaxation à inductions multiples.
A propos d'un groupe de contrôle. *Rev. Med. Psychosomat.*
13, no 2, p. 171-178.
- 18 - CANET, C. (1973)
Régession-Fantasmes dans le groupe de relaxation.
Evolut. Psychiat. 36, no 2, p. 254-258.
- 19 - CAUTELA, J.R. (1966)
Desensitization factors in the hypnotic treatment of
phobias. *Journal of psychology*, 64, p. 277-288.
- 20 - CORDEIRO, J.C. (1971)
Une nouvelle perspective dans le traitement des toxico-
manes, la relaxation. *Ann. Med. Psych.*, 1, no 1, p. 11-17.
- 21 - CORRAZE, J. (1973)
Schéma corporel et image du corps. Ed. Privat. 185 p.
- 22 - DAVISON, G.C. (1973)
Processus of fear reduction in systematic desensitization.
Cognitive and social reinforcement factors in humans.
Behav. Ter. 4, no 1, p. 1-21.
- 23 - DELAY, J., BURGER, A.J., et VERDEAUX, G. et J. (1962)
L'endormissement dans le training autogène, son contrô-
le polygraphique. *106*, no 2, p. 131-138.
- 24 - DEMANCEAT, M. (1959)
Place de l'entraînement autogène dans une psychothérapie
de synthèse. *Ann. Med. Psychol.* 117, no 1, p. 138-145

- 25 - DURAND DE BOUSINGEN, R. (1961)
La relaxation. Ed. PUF. Que sais-je. 126 p.
- 26 - DURAND DE BOUSINGEN, R., ALEXANDER, G. et DOURY-LAUDON (Mmes) (1962)
Problèmes concernant la relaxation. Ann. Med. Psychol.
120, no 1, p. 182-183
- 27 - DURAND DE BOUSINGEN, R. (1968)
La relaxation : dialectique de l'expérience corporelle.
Considérations structurales. Rev. Med. Psychosomat.
10, no 1, p. 11-19.
- 28 - DURAND DE BOUSINGEN, R. et GEISSMAN, P. (1969)
Les méthodes de relaxation. Rev. Med. Psychosomat. 11,
no 3. p. 427-428.
- 29 - EY, H. (1957)
Problèmes fondamentaux de l'étude des névroses de J.H. SCHULTZ
Evol. Psychiat. no 1, p. 175-179
- 30 - EYSENCK, H.J. (1962)
Théorie de l'apprentissage et BEHAVIOUR THERAPY.
Conditionnement et névroses (trad. franç.). Ed. Gauthier-
Villars. p. 4-25
- 31 - EYSENCK, H.J. (1964)
Principles and methods of personality description classi-
fication and diagnosis. Brit. J. Psychol. 55, no 3, p. 284-294
- 32 - EYSENCK, H.J. (1965)
Personality factors in conditionning : and introductory note
to two papers. Behav. Res. Ther. 2, no 4, p. 271-272
- 33 - EYSENCK, H.J. (1972)
Behavior therapy is behavioristic. Behav. Ther. 3, no 4,
p. 609-613
- 34 - FEDIDA, P. (1971)
"L'anatomie dans la psychanalyse". Lieux du corps. Nouv. Rev.
de Psychanalyse no 3, p. 109-126
- 35 - FEDIDA, P., PHILIBERT, R., CANET, Cl. (1972)
Psychanalyse et relaxation, Intérêt théorique et pratique
d'un groupe de contrôle par le relaxateur. Rev. Med. Psychosomat.
14, no 1, p. 1-12.
- 36 - FEDIDA, P. (1973)
Sensations génitales et fantasmes prégénitaux.
Evol. Psychiat. 36, no 2, p. 260-269

- 37 - FONTANGES, X., GEISSMAN, P., VINCENT, J.D. et FAURE, S.M.A. (1968)
Etudes des réponses évoquées visuelles pendant la relaxation par training autogène. Rev. Neurol. 118, no 6, p. 512-513
- 38 - FREUD, A. (1949 - Edit. Franç.)
Le moi et les mécanismes de défense. PUF 163 p.
- 39 - FREUD, S. (1951 - Edit. Franç.)
Inhibition, symptôme et angoisse. PUF 102 p.
- 40 - FREUD, S. (1956 - Edit. Franç.)
Etudes sur l'hystérie. PUF 247 p.
- 41 - FREUD, S. (1973 - Edit. Franç.)
Névrose, psychose et perversion. PUF. 297 p.
- 42 - FRIEDMAN, D.E. (1972)
A synthetic approach to the treatment of anxiety.
Psychiat. 35, no 4, p. 336-344
- 43 - FRIEDMAN, A. (1960)
Training autogène. Place de cette technique dans le traitement des troubles fonctionnels dits psychosomatiques et dans la psychothérapie abyssale. Rev. Méd. Psychosomat. no 2 p. 121-125.
- 44 - GASTAUT, H. (1974)
Le conditionnement viscéral par rétroaction biologique.
Conférence Faculté de Médecine Marseille - Mars 1974.
- 45 - GEISSMAN, P. (1962)
La relaxation. Recherches électroencéphalographiques.
Ann. Med. Psychol. 120, no 1, p. 183
- 46 - GEISSMAN, P., DURAND DE BOUSINGEN, R. (1968)
Les méthodes de relaxation. Ed. Ch. Dessart 318 p.
- 47 - GELDER, M.G., BANCROFT, J.H.J., GATH, D.H. (1973)
Specific and non specific factors in behav. Therapy.
Behav. Res. Ther. 122, 575, p. 445-462
- 48 - GRODDECK, G. (1971)
"Du ventre humain et de son âme". Lieux du corps. Nouv.
Rev. psychanalyse no 3, p. 211-247.
- 49 - HELD, R., REVERCHON (1960)
Psychanalyse et relaxation. Med. Psychosomat. no 2, p. 129-133

- 50 - HOFBAUER, P. (1962)
Indications et applications du training autogène de SCHULTZ. Ann. Med. Psychol. 120, no 2, p. 312.
- 51 - HUGON, M. (1973)
Cours magistraux du certificat de psychophysiologie. Marseille.
- 52 - ISRAEL, L., GEISSMAN, P., NOEL, C. (1960)
Modifications des rythmes électroencéphalographiques au cours de la relaxation, observées à l'analyse de fréquence. Rev. Med. Psychosomat. no 3, p. 133-136.
- 53 - JACOBSON, E. (1964)
Anxiety and tension control. A physiological approach. G.B. Lippincott Company 216 p.
- 54 - JACOT DES COMBES, N., ANDREOLI, A.
La relaxation dans l'institution psychiatrique hospitalière. Med. et Hyg. 1974, no 111.
- 55 - JARREAU, R. (1962)
La technique de Mr R. JARREAU et Mme R. KLOTZ.
Supplément au Strاسبourg médical no 16-17. p. 107-122.
- 56 - JARREAU, R. et KLOTZ, R. (1971)
Evolution de la relaxation staticodynamique. I.- De l'entraînement statique aux exercices dynamiques et sensoriels. Rev. Med. Psychosomat. 13, no 2, p. 163-169.
- 57 - JUS, A. et C. (1960)
Etude polygraphique du training autogène. Rev. Med. Psychosomat. no 3, p. 136-138
- 58 - KAMMERER, Th., DURAND DE BOUSINGEN, R. (1964)
Training autogène et psychothérapie. Indications en neuro-psychiatrie (adultes et enfants). Inform. Psychiat. no 2, p. 115-123.
- 59 - KAMMERER, Th., GURFIN, L., DURAND DE BOUSINGEN, R. (1967)
Training autogène et structure hystérique. Etude clinique Remarques psychopathologiques. Rev. Med. Psychosomat. 9, no 2 p. 117-126.
- 60 - KASS, W. et GILNER, F.H.
Drive level, incentive conditions and systematic desensitization. Beh. Res. and Ther. V. 12, no 2, p. 99-106.

- 61 - LAZARUS, A.A. (1965)
A preliminary report on the use of directed muscular activity in counter conditionning. Behav. Res. Ther. 2, no 4, p. 301-304
- 62 - LAZARUS, A.A. (1973)
Hypnosis as a facilitator in behaviortherapy. Int. J. Clin. Exp. Hypnosis 21, no 1, p. 25-31.
- 63 - LEMAIRE, J.G. (1964)
La relaxation. Ed. PAYOT 182 p.
- 64 - LEMAIRE, J.G. et GILLET, G. (1971)
Relaxation et psychothérapies de relaxation. Inform. Psychiat. 47, no 6, p. 477-492.
- 65 - LUTHE, W. (1969) (1970) (1973)
Autogenic therapy
Vol. III Applications in psychotherapy (1969)
Vol. IV Research and theory (1970)
Vol. VI Treatment with autogenic neutralization (1973)
Ed. W. LUTHE - Grune and Stratton
- 66 - MALAN, D. (1976)
La frontière de la psychothérapie brève. Plenum Press New-York, 1976 - Chap. 10 (traduc. Franç.)
- 67 - MARKS, I.M. (1971)
The future of the psychotherapies. Brit. J. Psychiat. 118, p. 69-73.
- 68 - MARKS, I.M., MARSET, P., BOULOU-GOURIS, J., HUSON, J. (1971)
Physiological accompaniments of neutral and phobic imagery. London Psychol. Med. 1, no 4, p. 299-307.
- 69 - MARKS, I.M., HUSON, J., BENJAMIN, S. (1972)
Active muscular relaxation in desensitization of phobic patients. Psychol. Med. 2, no 4, p. 381-390.
- 70 - MARKS, I.M., HUSON, J. (1973)
Physiological aspects of neutral and phobic imagery : further observations. Brit. J. Psychiat. 122, 570, p. 567-572.
- 71 - MASQUIN, H. (1971)
Corps imaginaire et relaxation. Inform. Psychiat. 47, no 5 p. 419-427.
- 72 - MEYER, V., LIDDELL, A. (1973)
Considérations sur la thérapie comportementale. Encéphale 62, no 4, p. 297-314

- 73 - MICHAUX, L., LELORD, G., WINTREBERT, J. et LAUZEL, J.P. (1963)
La relaxation par la méthode du mouvement passif. Etude clinique et électroencéphalographique. Ann. Med. Psychol. 121, no4, p. 604
- 74 - MICHAUX, L. (1968)
Les phobies. Hachette 206 p.
- 75 - MINKOWSKI, E. (1968)
Le temps vécu. Ed. Delachaux Niestlé, 401 p.
- 76 - MULLER HEGEMANN, P.D. (1960)
Objectivation de l'action somatique du training autogène. Rev. Med. Psychosomat. no 3, p. 147-149.
- 77 - PAVLOV, I. (1955)
Typologie et pathologie de l'activité nerveuse supérieure. Ed. PUF. 270 p.
- 78 - PAVLOV, I., POPOV, E., ROKHLINE, L. (1951)
La psychopathologie et la psychiatrie. Ed. en langues étrangères. (Moscou 1961)
- 79 - PENA Y LILLO, LECLERC, C., DELGADO, M.C. (1970)
Concept de frigidité sexuelle phobique et son traitement par une technique de déconditionnement. Ann. Med. Psycho. 129, no 2, p. 219-234.
- 80 - PENA Y LILLO, LECLERC, C., ALESSANDRI, A.M. (1971)
Technique de déconditionnement magnétophonique en vue de son application collective. Ann. Med. Psycho. 130, no 3, p. 375-388.
- 81 - PIAGET, G.W., LAZARUS, A.A. (1969)
The use of rehearsal desensitization Psychotherapy. 6, no 4, p. 264-266.
- 82 - PICOT, A., de SAUGY, D. (1976)
La relaxation. Les cahiers médico-sociaux. No 1, 1976, p. 12-16.
- 83 - QUINODOZ, Y.M.
Une expérience de relaxation de l'adulte en milieu psychiatrique hospitalier et extrahospitalier à Genève. Med. et Hyg. 1969, no 882.
- 84 - RACHMAN, S. (1965)
Behaviour therapy. Arch. Gen. Psychiat. 13, no 5. p. 418-423.

- 85 - RACHMAN, S. (1967)
Systematic desensitization. Psychol. Bull. 67, p. 93-103
- 86 - RACHMAN, S. (1968)
The role of muscular relaxation in desensitization therapy. Behav. Res. Therapy. Vol 6, no 2, p. 159-166.
- 87 - REID, A.F., CURTSINGER, G. (1968)
Physiological changes associated with hypnosis. The effect of hypnosis on temperature. Int. J. Clin. Exp. Hypnosis 16, no 2, p. 111-119.
- 88 - ROGNANT, J. (1970)
Les thérapeutiques de déconditionnement dans les névroses. Congrès de psychiatrie et de neurologie de langue française. Milan 1970, Masson et Cie.
- 89 - ROGNANT, J. (1973)
Conditionnement et déconditionnement dans les névroses. Evol. Psychiat. 36, no 2, p. 215-236
- 90 - ROGNANT, J. (1974)
Thérapies comportementales. Encyclopédie médico-chirurgicale 3782o A 4o.
- 91 - ROUX, L. (1968)
L'expression verbale du vécu corporel (relaxation). Rev. Med. Psychosomat. 10, no 4, p. 431-437
- 92 - RUSSEL, R.K., SIPRICH, J.F. (1973)
Cue controlled relaxation in the treatment of test anxiety. J. Behav. Ther. Exp. Psychiat. 4, no 1, p. 47-49
- 93 - SAPIR, M., REVERCHON, F., PHILIBERT, R., JAVAL, I. (1960)
Valeur et signification du training autogène. Rev. Med. Psychosomat. no 2, p. 149-168.
- 94 - SAPIR, M., PHILIBERT, R., GUEULETTE, PREVOST, J. (1958) (4e ed. 1971)
A propos de certaines attitudes et réactions de patients en cours de relaxation. Dans ABOULKER, P., CHERTOK, L., SAPIR, M. La relaxation (rééducation psychotonique). Aspects théoriques et pratiques. Ed. Expans. Scient. Franç. p. 165-177.
- 95 - SAPIR, M., COHEN, S., PHILIBERT, R., REVERCHON, F. (1967)
Hystérie et relaxation. Rev. Med. Psychosomat. 9, no 2.
- 96 - SAPIR, M., COHEN, S., REVERCHON, F. (1968)
Modalités du contre-transfert liées au langage en relaxation. Rev. Med. Psychosomat. 10, no 2, p. 147-156

- 97 - SAPIR, M. (1969)
La relaxation est une psychothérapie. Med et Hyg. 27,
no 882, p. 932-933.
- 98 - SAPIR, M. (1973)
Régression et fantasmes en relaxation. Evolu.t Psychiat.
36, no 2, p. 239-246.
- 99 - SAPIR, M. (1974)
Psychothérapies de relaxation chez l'adulte.
Encyclopédie médico-chirurgicale 3782o B 1o.
- 100 - SCHILDER, P. (1950, trad. Franç. 1968)
Image du corps. Ed. NRF Gallimard 352 p.
- 101 - SCHNEIDER, P.B. (1973)
La pensée opératoire : essai d'une approche critique à
partir des affections digestives psychosomatiques. Rev.
Med. Psychosomat. 15, no 1. p. 3-11
- 102 - SCHULTZ, J.H. (1958)
Le training autogène, méthode de relaxation par autodécon-
traction concentrative, essai pratique et clinique.
Ed. PUF. Paris 192 p.
- 103 - SCHULTZ, J.H. (1964)
Méthodes apparentées au training autogène. Rev. Med.
Psychosomat. 6, no 3, p. 261-275.
- 104 - SIVADON, P. (1971)
Sensibilisation et désensibilisation émotionnelle en thé-
rapeutique psychiatrique. Déconditionnements et investisse-
ments. Ann. de Psychothér. 2, no 3.
- 105 - SOLMS, H. (1969)
Deux méthodes de relaxation : technique auto-hypnotique
(SCHULTZ) et expérience relationnelle (AJURIAGUERRA De)
Méd. et Hyg. 27, no 882, p. 939-941
- 106 - STOKVIS, B., WIESENHUTTER, E. (1962)
Place des techniques de relaxation dans le cadre des psycho-
thérapies. Supplément au Strasbourg médical. no 16-17.
p. 165-171.
- 107 - SUE, D. (1972)
The role of relaxation in systematic desensitization.
Behav. Res. Ther. 10, no 2. p. 153-158.
- 108 - SUINN, R.M. (1968)
The desensitization of test anxiety by group and individual
treatment. Behav. Res. Ther. 6, no 3, p. 385-387.

- 109 - SUINN, R.M., RICHARDSON, F. (1971)
Anxiety management training : a non specific behavior
therapy program for anxiety control. *Behav. Ther.* 2,
no 4, p. 498-510.
- 110 - TRILLAT, E., SABOURIN-SIVADON, D. (1973)
Le corps en psychiatrie. Congrès de psychiatrie et de
neurologie de langue française de Monaco. Ed. Masson 125 p.
- 111 - WATZLAWICK, P., HELMICK-BEAVIN, J., JACKSON, D. (1967)
Une logique de la communication. Ed. du Seuil 276 p.
- 112 - WATSON, J.P., MARKS, I.M. (1971)
Relevant and irrelevant fear in flooding. A cross over
study of phobic patients. *Behav. Ther.* 2, no 3, p. 275-293
- 113 - WATSON, J. (1972 - Ed. Franç.)
Le behaviorisme. Les classiques de la psychologie. 205 p.
- 114 - WEIL, G. (1974)
Le traitement des phobies par la désensibilisation.
Rev. Med. Psychosomat. 16, no 2, p. 131-136
- 115 - WILSON, A., SMITH, F.J. (1968)
Counter conditionning therapy using free association.
A pilote study. *J. Abnorm. Psychol.* 73, no 5, p. 474-478
- 116 - WINNICOTT, D.W. (1971)
"Le corps et le self". Lieux du corps. *Nouv. Rev. de psy-
chanalyse* no 3, p. 37-47.
- 117 - WOLPE, J. (1962)
L'inhibition réciproque principale base des effets en psycho-
thérapie. Conditionnement et névroses p. 67-97.
(Trad. Franç.) Gauthiers-Villars.
- 118 - WOLPE, J. (1962)
Supervision transcripts. Some problems in a claustrophobic
case. *J. Behav. Ther. Exp. Psychiat.* 3, no 4, p. 301-305
- 119 - WOLPE, J. (1963)
Psychotherapy : the non scientific heritage and the new
science. *Behav. Res. Therapy*, 1, no 1, p. 23-28
- 120 - WOLPE, J. (1969)
Therapist and technic variables in behavior therapy of neu-
roses. *Comprehensive psychiat.* 10, no 1, p. 44-48
